

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 49

DE LA

DYSTOCIE CERVICALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 30 JUILLET 1894

PAR

M^{lle} L. LAUTAUD

Née à Pignan (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1894

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRYNFELTT

A TOUS MES MAITRES

A MES AMIS

M^{lle} L. LAUDAUD.

INTRODUCTION

« C'est une notion classique en obstétrique, que la première période du travail de l'accouchement peut être enrayée dans sa marche par un obstacle siégeant au col de l'utérus. Cet obstacle est multiple dans ses causes, sa nature et ses caractères, et il y aurait lieu de scinder son étude en paragraphes distincts, si, finalement, le résultat n'était à peu près constamment le même, et n'aboutissait à la réalisation de genres de dystocie très comparables entre eux. Obéissant à cette idée d'ensemble, l'école englobe ces genres sous le nom générique de rigidité du col utérin. Elle en distingue trois principaux qui, au point de vue didactique, encadrent toutes les autres variétés : la rigidité spasmodique, la rigidité anatomique ou mécanique, la rigidité pathologique. » (Doléris.)

Ayant eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Grynfeldt, plusieurs cas dans lesquels la dystocie était manifestement due au col, nous avons eu l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous aurions pu, réunissant tout ce qui a paru sur la question, tracer une revue synthétique complète, telle que la comporte l'état actuel de la

science, nous avons dû nous borner à quelques points qui avaient particulièrement attiré notre attention au cours de nos études, et qui présentent d'ailleurs un grand intérêt.

C'est ainsi, par exemple, que la plus grande incertitude règne encore sur la question de la rigidité anatomique et de ses rapports avec la rigidité par lésion organique. Tandis que Doléris, Pinard et ses élèves n'admettent pas l'existence de ce genre, d'autres auteurs, se basant sur des observations cliniques indiscutables, persistent à le conserver. Cette dernière opinion a été formulée par Porak, devant la Société obstétricale et gynécologique de Paris, lors de son rapport sur le mémoire de Wallich.

Parmi les causes de rigidité pathologique, nous nous arrêterons d'une façon particulière à la syphilis. Tandis que la dystocie par cancer du col est depuis fort longtemps bien connue, la rigidité syphilitique, quoique très bien étudiée dans ces dernières années, peut encore prêter à des considérations intéressantes.

Nous consacrerons un chapitre à l'étude d'une malformation du col. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'utérus accolis chez une femme qui accoucha à la clinique; cette observation est fort intéressante, et par la rareté du cas, et par les considérations cliniques qu'elle suggère.

Il nous reste à rappeler certains détails d'anatomie et d'embryogénie normales, dont l'exposé est une introduction nécessaire à l'étude qui va suivre.

C'est maintenant pour nous un devoir bien doux à remplir que d'exprimer toute notre reconnaissance à notre Maître

M. le professeur Grynfeldt, qui n'a cessé de nous témoigner le plus profond intérêt durant les quelques années que nous avons suivi ses cliniques.

Que M. Puech, chef de clinique obstétricale, reçoive aussi l'expression de notre vive gratitude pour la peine qu'il a prise à nous initier à la pratique des accouchements, dont l'étude est avec lui si claire et si attrayante.

Nous prions MM. les professeurs agrégés Sarda, Estor et Rauzier, de vouloir bien accepter nos remerciements pour leur excellent encouragement et les conseils qu'ils nous ont prodigués pendant tout le cours de nos études.

Nous n'oublierons jamais la vive sympathie et l'estime qu'ont eues pour nous tous nos camarades d'études.

DIVISION DU SUJET

	Pages.
INTRODUCTION	V
CHAPITRE I. —	
I. Anatomie	9
II. Embryologie.....	12
III. Rôle du col pendant la grossesse et l'accouchement	15
CHAPITRE II. — Malformations du col.....	21
Un cas de dystocie par arrêt de développe- ment de l'utérus.....	21
CHAPITRE III. — De la rigidité du col pendant le travail.....	27
I. Contracture spasmodique	36
II. Rigidité anatomique	44
III. Rigidité syphilitique	51
Traitement des rigidités.....	64
CHAPITRE IV. — Sur l'agglutination, l'occlusion, le cloisonne- ment transversal du col, etc.....	71
CHAPITRE V. — Sur l'hypertrophie et l'œdème.....	82
RÉSUMÉ. — CONCLUSIONS.....	88
BIBLIOGRAPHIE.....	89

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
DYSTOCIE CERVICALE

CHAPITRE PREMIER

I

ANATOMIE

Le col de l'utérus est cette portion de l'organe qui commence à l'isthme et se termine à l'orifice externe. Il a la forme d'un cylindre aplati dans le sens antéro-postérieur chez les jeunes sujets, et d'un cylindre presque parfait chez les femmes ayant eu plusieurs enfants.

Comme sa forme, ses dimensions varient avec l'âge et l'état de parité. Chez l'enfant la longueur du col l'emporte sur celle du corps, chez la nullipare, il est le tiers environ du volume de l'utérus ; chez la multipare, sa longueur serait moins grande, au contraire, au dire de Cazeaux ; en effet, le col serait d'autant plus court que la femme a eu un plus grand nombre d'enfants.

Le col se compose de deux parties : une, qui comprend le tiers supérieur, est située au-dessus des insertions du va-

gin; l'autre constitue l'extrémité libre du col ou museau de tanche.

Le col constitue un véritable canal qui fait suite à la cavité du corps, et auquel on doit distinguer deux orifices : l'un interne, situé à l'union de l'isthme et du col; l'autre externe, à l'extrémité libre du museau de tanche; ce dernier orifice, arrondi chez la nulligeste, est circonscrit par deux lèvres lorsqu'un accouchement antérieur a eu lieu. Quant à la cavité cervicale, elle est fusiforme, mesure de 25 à 30 millimètres et présente sur ses parois des saillies longitudinales qui, par leurs formes ramifiées, constituent l'arbre de vie.

Tandis que la musculature du corps de l'utérus se distribue en trois couches, toutes trois bien développées, celle du col, au contraire, se résume à peu près exclusivement en une couche circulaire représentant, d'après Tourneux et Hermann, un renflement de la couche annulaire sous-muqueuse du corps.

Tourneux et Hermann accordent bien au col des fibres longitudinales superficielles; M. Doléris les admet également et leur fait jouer un rôle dans le phénomène de l'éversion. Sappey, au contraire, les nie formellement. D'ailleurs, en admettant qu'elles existent, leur importance physiologique serait minime.

Il en est de même des faisceaux longitudinaux et obliques sous-muqueux, qui correspondent aux ramifications des arbres de vie. Les deux colonnes longitudinales sont évidemment les vestiges de la cloison qui sépare au début les deux canaux de Müller fusionnés.

Quoi qu'il en soit, la musculature du col peut être considérée dans la pratique comme uniquement formée de fibres circulaires et constituant une sorte de sphincter.

Si l'on considère ce sphincter dans toute la hauteur du col, on voit que, très épais au niveau de l'orifice interne, il devient

de plus en plus mince à mesure qu'on se rapproche de l'orifice externe. Cette diminution d'épaisseur résulte, d'une part, de la conformation générale du col; d'autre part, et surtout, de la structure de la portion sous-vaginale au niveau de laquelle des éléments nouveaux viennent se surajouter à l'élément musculaire. Celui-ci existe seul au-dessus des insertions vaginales; au-dessous, au contraire, il n'occupe qu'une partie de l'épaisseur de la paroi cervicale, le reste étant formé d'éléments non contractiles.

Burns, Haller, Négrier, Forget avaient déjà remarqué cette rareté des fibres musculaires dans le museau de tanche. Dührssen a traité cette question en détail dans un récent mémoire consacré à l'histoire de la partie vaginale du col.

« La portion vaginale, dit-il, se partage macroscopiquement en deux couches de grandeur à peu près égale, l'une qui limite le canal cervical, de consistance ferme, riche en muscles lisses, mais presque sans trace de fibres élastiques, et l'autre, plus grande, qui doit sa faible consistance et sa grande propriété de rétraction, lors de l'amputation de la partie, à sa richesse en fibres élastiques. Dans cent utérus sur lesquels j'ai spécialement observé cette disposition, j'ai trouvé que dans la grande majorité des cas les deux couches décrites sont de grandeur à peu près égale. Je dois donc considérer cette disposition comme normale. »

Nous avons peu de chose à dire des épithéliums qui revêtent les deux faces de la paroi cervicale. Sur la face externe du museau de tanche nous trouvons un épithélium pavimenteux stratifié qui se continue avec celui du vagin. Le canal cervical est tapissé dans ses deux tiers supérieurs par un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Il faut noter ici la présence de nombreuses glandes en grappes; elles sécrètent un mucus visqueux, gélatineux, qu'on a considéré comme suscep-

tible de se concréter et de produire l'accolement des parois cervicales (agglutination du col, Nœgelé).

M. Doléris a insisté sur la continuité qui existe entre les faisceaux musculaires longitudinaux du vagin et les lèvres du museau de tanche. « Chaque colonne vaginale, dit-il, se termine à l'utérus par une sorte de patte d'oie à trois divisions : l'une remontant sur l'utérus et se continuant avec les faisceaux ansiformes du col ; une autre, récurrente en haut et se jetant sur la vessie en avant, sur le rectum en arrière ; les autres, récurrentes en bas, se terminant sur la lèvre correspondante du col. »

Dührssen, de son côté, s'appuyant sur de nombreux examens microscopiques, a établi que la couche élastique qui occupe normalement toute la moitié périphérique de la paroi cervicale se continue sans interruption et avec la même épaisseur sur le vagin.

II

EMBRYOLOGIE

Les trompes, l'utérus et le vagin se développent aux dépens des conduits de Müller.

Au début, le développement des organes génitaux internes se passe tout entier autour des corps de Wolff, organes formés d'une multitude de petits tubes en cœcum venant s'aboucher dans un canal excréteur qui va s'ouvrir dans le cloaque, cavité commune au tube digestif et à l'appareil urinaire.

Le long du bord externe des canaux excréteurs du corps de Wolff, se trouvent deux autres cordons, d'abord pleins, puis creusés en canal, qui sont les conduits de Müller se ren-

dant aussi au cloaque en formant un cordon arrondi, ou cordon génital de Thiersch.

Le canal de Müller longe d'abord le bord externe du corps de Wolff; plus bas, il se porte en avant et en dedans de ce conduit pour s'unir avec son congénère du côté opposé. La partie des conduits située au-dessus du point d'union va former les trompes; le reste, fusionné, forme le canal utéro-vaginal. Les embryologistes sont loin d'être d'accord sur le point où débute cette fusion.

Pour Kölliker, elle se fait au milieu, là où sera le col, d'où il résulte que primitivement le vagin et le corps de l'utérus sont doubles. D'ailleurs le niveau de la fusion varie avec les espèces animales. Lorsque celle-ci ne se fait pas normalement, on peut avoir un utérus double ou simplement bicorne ou cordiforme, et de même un vagin plus ou moins cloisonné.

Nous ne faisons que mentionner l'opinion aujourd'hui abandonnée de Rathke, qui fait constituer la partie inférieure du canal vagino-utérin, c'est-à-dire le col et le vagin, par le sinus uro-génital ou cloaque.

Il résulte des recherches de Tourneux et Legay, que sur des embryons de 35 mm., c'est-à-dire à la fin du deuxième mois, les conduits de Müller sont fusionnés dans toute l'étendue du cordon génital, mais le conduit utéro-vaginal ne montre encore aucune trace de division en portion utérine et portion vaginale, il est tapissé dans toute sa longueur par l'épithélium prismatique stratifié des conduits de Müller. La transformation de l'épithélium prismatique en épithélium pavimenteux (vagin) débute par l'extrémité inférieure du conduit génital et s'élève ensuite progressivement jusqu'à la région qui répondra au futur museau de tanche.

Un fait remarquable est l'absence de toute lumière dans l'extrémité inférieure du conduit génital. L'épithélium pavimenteux stratifié comble entièrement la cavité génitale dans

la partie correspondant au vagin. Puis la lumière du conduit, d'abord petite et circulaire, augmente progressivement en largeur et se présente bientôt sous la forme d'une fissure transversale tapissée par une sorte d'épithélium mixte constitué par un mélange de cellules prismatiques et de cellules pavimenteuses ou polyédriques. Plus haut l'épithélium se rapproche assez nettement de la forme prismatique et augmente d'épaisseur.

Vers le commencement du quatrième mois, le segment inférieur du tube utéro-vaginal est tapissé par un épithélium franchement pavimenteux et stratifié qui remplit entièrement la lumière du conduit au voisinage de sa terminaison vestibulaire. Supérieurement l'épithélium est prismatique. En un point où la coupe du conduit épithélial a la forme d'un croissant à concavité antérieure s'opère la transition graduelle de l'épithélium pavimenteux en épithélium prismatique.

Sur un fœtus de 12 à 17 centimètres, le conduit génital a 13 millimètres de long. A 6 millimètres environ du fond de l'organe, on remarque un léger renflement de la paroi au niveau duquel se fait la transition entre les deux épithéliums. Apparaissent pour la première fois les sillons de l'arbre de vie sous forme de légères dépressions de la face interne du conduit. Au niveau du renflement cylindrique qui dessine déjà l'extrémité inférieure du col de l'utérus, l'épithélium pavimenteux stratifié qui comble le vagin s'involue dans le tissu sous-jacent sous forme d'une lame cellulaire mince, disposée en capsule à concavité supérieure. Ainsi se trouve délimité un mamelon conique représentant la portion vaginale du col utérin. L'épithélium du vagin s'enfonce à faible distance dans la cavité cervicale dont la lumière se termine en s'effilant vers l'extrémité du museau de tanche.

Les auteurs, d'accord avec Dohrn, placent le début de la

formation du museau de tanche entre les dix-neuvième et vingtième semaines. Au neuvième mois lunaire, sa longueur est de 1 millimètre 5 à 2 millimètres, et le diamètre de sa base mesure 10 millimètres. A 15 millimètres de l'extrémité du museau on observe le passage brusque de l'épithélium prismatique à l'épithélium pavimenteux stratifié. Dans une étendue de 2 millimètres environ au-dessus de cette transition l'épithélium prismatique de la cavité du col a subi la transformation dite muqueuse et est devenu transparent. Dans cette région aussi bien à la surface des plis de l'arbre de vie que dans les sillons qui les limitent, on constate la production d'involution épithéliales représentant les glandes du col de l'utérus. Un bouchon muqueux occupe toute la portion du col répondant à l'épithélium muqueux.

Enfin, sur un fœtus à terme, la transformation muqueuse de l'épithélium prismatique s'est étendue à toute la cavité du col ainsi que le développement des follicules glandulaires. Le bouchon muqueux remplit le col dans toute sa longueur. L'épithélium prismatique du corps et du col est entièrement dépourvu de cils vibratiles, fait également signalé par de Sinéty.

III

ROLE DU COL PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Le col, pendant la grossesse, subit un certain nombre de modifications.

Il s'abaisse, avec le corps, dans les trois premiers mois de la grossesse. Dans le deuxième trimestre, il s'élève et souvent alors l'exploration est difficile. Enfin au troisième tri-

mestre, s'il s'agit d'une primipare, l'engagement se faisant, le col s'abaisse de nouveau. Chez la multipare, l'engagement ne se faisant parfois qu'au moment du travail, le col se trouve à des hauteurs variables.

Il change en outre de direction et se dirige presque toujours à gauche et en arrière; cela tient au déplacement en sens inverse du corps de l'utérus.

Le col se ramollit graduellement pendant la grossesse, de bas en haut. A six mois, la moitié de la partie vaginale est ramollie, à huit mois elle l'est tout entière. Au neuvième, le col est mou, affaissé, il se confond avec le tissu mou du vagin. La marche de ce ramollissement est le même chez la multipare et chez la primipare; chez la première, le ramollissement est plus rapide, car le col a été préparé par les grossesses antérieures.

Quant à l'hypertrophie du col, si elle existe, elle est en tout cas peu considérable. Le col, en effet, conserve sensiblement les mêmes dimensions pendant la grossesse qu'en dehors de l'état de gravidité.

Ces diverses modifications que nous venons de passer en revue, et en particulier le ramollissement du col, ont pour but de préparer cet organe au rôle qu'il est appelé à jouer pendant l'accouchement. En effet, pour que le fœtus soit expulsé de la cavité intérieure, il faut que l'orifice utérin s'ouvre pour lui donner passage. Cet acte : ouverture du col ou dilatation, est précédé d'un autre phénomène non moins important : l'effacement du col.

L'effacement est la fusion du col avec le corps de l'utérus. Les auteurs ne peuvent s'entendre sur l'époque où se fait cet effacement. Maurieau, Levret, prétendaient que le col commence à s'effacer dans les trois derniers mois de la grossesse. Werheyen, Pajot, Depaul, soutiennent qu'il ne s'efface qu'au moment du travail.

En 1825, Stolz, dans sa thèse, démontre que le col s'efface seulement dans la dernière quinzaine, et cette opinion a prévalu jusqu'à ces dernières années. Parmi les auteurs plus modernes, Schroeder, Varnier, soutiennent que le col ne s'effaçait pas, tandis que Blanc (de Lyon) affirmait le contraire.

On peut admettre qu'il y a des cols effacés avant la fin de la grossesse (cas de Budin et de Levret), mais ce n'est pas la règle. Le col s'efface souvent dans la dernière quinzaine, mais plus généralement au début du travail.

La condition essentielle pour que le col s'efface, c'est l'existence de contractions. S'il y a des contractions à la fin de la grossesse, le col peut s'effacer pendant la grossesse. Il y a des contractions utérines, indolores qui expliquent l'effacement prématuré du col; ainsi, dans un avortement, celui-ci peut être arrêté et le col ne se reconstituera pas toujours.

L'effacement terminé, le col ne présente plus qu'un bourrelet mince chez les primipares, un peu plus prononcé chez les multipares. Sous l'influence des contractions de la poche des eaux ou de la partie fœtale, l'orifice externe se dilate peu à peu, jusqu'à ce que, ses bords se confondant avec les parois vaginales, la dilatation soit dite complète.

L'orifice, au premier temps du travail, est fortement repoussé en arrière et à gauche, la dilatation le ramène graduellement dans l'axe utéro-vaginal.

Quel est le mécanisme de cette dilatation? Bien des théories ont été émises :

Noëgelé avait fondé sur les connexions musculaires qui existent entre le vagin et le col, une théorie mécanique de l'ouverture de la cavité cervicale au moment de l'accouchement.

D'après Barnes, Mitchell et bien d'autres auteurs, la dilatation du col et de son orifice pendant le travail est accomplie par deux forces : la traction en haut des fibres longitudi-

nales de l'utérus, et la pression en forme de coin de la partie foetale qui se présente. « C'est un fait d'observation, dit Barnes, que l'orifice ne s'élargit pas sensiblement tant que la poche des eaux ou la tête du fœtus ne presse pas sur lui ; elle dilate mécaniquement l'orifice, comme un coin, inerte par lui-même, mais poussé par les contractions utérines et les muscles abdominaux.

» Soumises à cette force excentrique, les fibres du col se dilatent, tout comme celles du sphincter anal ou vésical sous la pression qui vient d'en haut, et cette dilatation est le résultat de la vis a tergo exercée par le corps de l'utérus et les muscles abdominaux sur la résistance exercée par le col. Quelquefois l'harmonie entre ces deux forces est troublée, la force active ou la résistance est excessive, ou bien la résistance devient une action, et la force devient inefficace. C'est un transport de l'énergie du corps utérin sur le col, une vraie métastase, causée souvent par une version dans l'ordre des phénomènes d'accouchement. »

Un tel trouble peut survenir : 1° de l'altération du tissu cervical lui-même, qui devient plus résistant que normalement ; 2° de ce que les fibres utérines ne se contractent pas avec une force suffisante ; 3° la partie qui se présente n'est pas suffisante comme dilatateur ; 4° il peut y avoir des troubles nerveux agissant comme cause réflexe.

Cette dernière complication du travail se trouve d'ordinaire accompagnée d'une autre, telle que la rupture prématurée de la poche des eaux, ou bien une mauvaise présentation, un certain degré de contraction pelvienne qui empêche la partie qui se présente de presser avec efficacité sur le col ; toutes conditions qui irritent le muscle utérin, et de cette irritation prolongée découle la contraction spasmodique des fibres circulaires du col.

Dührssen a émis, pour expliquer le même phénomène de

la dilatation, une ingénieuse théorie qui n'est que la déduction logique de ses idées sur la structure de la portion vaginale. Nous transcrivons ici sa description :

« La structure histologique de la portion vaginale, exposée plus haut, me semble fournir, dit-il, une explication exacte de l'ouverture de l'orifice externe de la matrice et de l'effacement de la saillie cervicale. Cette saillie est formée chez les primipares par la partie vaginale seule ; elle représente un septum qui sépare complètement la moitié supérieure du canal cervical, de la moitié inférieure jusqu'à l'orifice externe. Que devient ce septum ? C'est une question qui n'a pas encore reçu de réponse exacte. Ce septum est-il dans sa totalité un tissu si élastique qu'il puisse se réduire au minimum de son volume simplement par la pression de l'œuf fœtal ? Non, puisque, quand la pression cesse, c'est-à-dire après la naissance de l'enfant, l'utérus ne retourne pas immédiatement à sa grandeur primitive.

» Ce bourrelet représente seulement une partie du col, qui d'après moi, pendant l'accouchement, passe en partie dans l'utérus et en partie dans le vagin. La substance du col est disjointe en partie par la traction de la musculature utérine, en partie par la pression de l'œuf fœtal, pression qui opère dans un sens horizontal. Si le col ne se composait que d'un tissu élastique, il serait simplement supprimé par l'œuf fœtal, s'il n'était composé que de muscles et de tissu conjonctif. Sans tissu élastique, l'orifice ne s'élargirait que très difficilement, et seulement après d'assez fortes ruptures, puisque ce tissu conjonctif ordinaire chercherait à maintenir la cohésion primitive de la musculature du col avec le vagin.

» Naturellement, par le dédoublement du col, les fibres élastiques sont d'autant plus tendues qu'elles sont plus éloignées de la périphérie ; la plus forte traction sera subie par celles des fibres élastiques qui unissent le vagin et la partie supra

vaginale de l'utérus. Leur tension, cependant, ne sera pas excessive dans un accouchement normal, puisque la traction se porte aussi sur les nombreuses fibres élastiques du vagin lui-même. »

Tels sont, rapidement résumés, les phénomènes qui, dans les cas normaux, précèdent la période d'expulsion, et sont nécessaires à l'accomplissement régulier de celle-ci.

Mais il n'est pas rare que ces modifications du col se produisent d'une façon irrégulière, ou même fassent à peu près complètement défaut, donnant lieu à des cas de dystocie dont nous allons passer les principaux en revue.

CHAPITRE II

MALFORMATIONS DU COL

UN CAS DE DYSTOCIE PAR ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS.

Nous n'étudierons au point de vue des malformations du col utérin pouvant amener de la dystocie, qu'un cas observé dans la clinique de notre maître M. le professeur Grynfeldt, et publié déjà par M. Puech, chef de clinique, dans le compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier, pendant l'année scolaire 1892-93 (1).

Nous allons reproduire cette observation dans tous ses détails avant de conclure à quel genre de malformation ou de dystocie nous avons eu affaire :

Observation I

(Extraite du compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier, pendant l'année 1892-1893. — Par le Dr Puech, chef de clinique.)

C.... (Pauline), vingt-huit ans, ménagère, mariée. Entrée à la clinique le 25 octobre 1893.

Antécédents héréditaires. — Père mort de la rupture d'un anévrysme.

Mère encore vivante et bien portante.

(1) *Nouveau Montpellier Médical.*

Trois sœurs ayant eu de bonnes grossesses, suivies d'accouchements normaux.

Antécédents personnels. — a) pathologiques : fièvre typhoïde à douze ans. Suettes miliaires (?) à quinze ans.

b) physiologiques : Menstruation établie à treize ans, durant quatre jours, toujours régulière, sauf une absence de six mois après la suette miliaire.

Il y a deux ans, première grossesse, bonne et régulière jusqu'au cinquième mois. A cette époque la malade eut quelques légères douleurs abdominales et une perte sanguine qui firent croire à une menace d'avortement. La malade ayant été soumise au repos, les douleurs disparurent, mais l'écoulement sanguin continua léger jusqu'à la fin de la grossesse, arrivée au terme normal.

C'est à l'occasion de cette perte que le médecin de la malade pratiqua une exploration génitale à la suite de laquelle il aurait déclaré ne point constater d'orifice au col de la matrice, et annoncé, dès ce moment, des difficultés pour l'accouchement. Cet examen aurait été plusieurs fois répété (une vingtaine de fois), et chaque fois aurait abouti aux mêmes constatations.

Le 9 novembre 1891, à six heures du matin, apparurent les premières douleurs de l'accouchement. Mais celui-ci ne fit aucun progrès pendant les deux jours qui suivirent, et le 11, à quatre heures de l'après-midi, le médecin pratiquait une incision sur le col de la matrice, à la suite de laquelle il fit aussitôt une application de forceps qui lui permit d'extraire un enfant vivant.

Les suites de couches ont été absolument normales; la femme s'est levée huit jours après.

Elle a nourri son enfant pendant douze mois.

Les règles ont fait leur réapparition huit mois après l'accouchement; elles ont eu, depuis, la même régularité et la même durée que par le passé. Comme par le passé, aussi, elles ne se sont jamais accompagnées de pertes blanches ou de douleurs pouvant faire penser à l'existence d'un état pathologique du col ou du corps de l'utérus.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles se sont montrées fin janvier, commencement février : mais leur disparition n'a point été suivie des phénomènes habituels qui accompagnent le début de la grossesse; au point que la malade a cru pendant un certain temps ne point être enceinte. A peu près à mi-grossesse, la femme a senti les mouvements de l'enfant.

Inquiète par suite des difficultés de l'accouchement antérieur, sur l'issue de cette nouvelle grossesse, la malade sollicite son admission à la Clinique.

C'est une femme de taille un peu au-dessous de la moyenne, n'offrant, dans son aspect extérieur, aucune particularité à relever.

Le ventre a les dimensions de celui d'une femme arrivée au terme de la grossesse. Par la palpation, on arrive aisément à sentir un fœtus qui présente le sommet en gauche antérieure. La perception des bruits du cœur ne laisse aucun doute sur la vie de cet enfant.

Par le toucher vaginal, on constate que la tête est bien engagée, etrefoule le segment antéro-inférieur de l'utérus qui la coiffe. L'exploration du col reste d'abord négative ; ce n'est qu'en portant le doigt en haut et très en arrière qu'on sent une sorte de bride circulaire au centre de laquelle le doigt ne peut pénétrer, et que l'on considère comme l'orifice externe du col. Mais il ne fut pas possible de déceler l'existence d'une saillie pouvant se rapporter au col. On renvoya à un autre jour l'examen au spéculum.

Le 28 octobre, à deux heures de l'après-midi, avant qu'on eût procédé à cet examen, la femme ressentait les premières douleurs de l'accouchement. Ces douleurs restèrent faibles et espacées jusqu'au lendemain soir cinq heures. A partir de ce moment, les contractions devinrent plus énergiques et se rapprochèrent de plus en plus. L'orifice cervical, primitivement très en arrière, se rapprocha petit à petit du centre de l'excavation, mais sans présenter encore de dilatation. A six heures du soir, lorsque M. le professeur Grynfeldt vit la malade, il put cependant introduire la pulpe de l'index à travers cet orifice faiblement dilaté, et sentir derrière les membranes la tête de l'enfant. Le col était absolument mince ; le doigt se sentait bridé par une véritable corde fibreuse, mais sans chaleur, ni sensibilité. A dix heures et demie, la situation est sensiblement la même ; la dilatation est cependant un peu plus grande (une pièce de 50 centimes environ). Les douleurs sont assez vives, l'état de l'enfant est bon.

M. Grynfeldt se décide à intervenir : un coup de ciseaux débride la lèvre antérieure sur son milieu ; avec le bistouri boutonné, la même opération est exécutée sur la lèvre postérieure et sur les côtés. Les incisions, qui ont 7 à 8 millimètres, déterminent une dilatation comme une pièce de 2 francs, rapidement complétée par l'introduction du dilatateur de Tarnier, dont les manches sont lentement rapprochés avec la main. Aussitôt la dilatation complète obtenue, on fait une applica-

tion de forceps sur la tête, profondément engagée en G A, et on extrait un enfant vivant du poids de 2,870 grammes.

Les suites de couches ont été absolument normales; quinze jours après, la malade a quitté le service.

A ce moment, le toucher vaginal montre que le col n'est pas constitué; on sent simplement le segment inférieur avec un orifice festonné de nodules cicatriciels.

Depuis, cette femme a été examinée deux fois par M. Grynfeldt, qui constatait seulement au fond du vagin, une sorte de petite cupule, percée d'un orifice situé un peu à gauche, et qui donne difficilement passage à l'extrémité boutonnée d'un cathéter utérin.

D'où provenait cette absence de col? Quelle était la cause de cette non-dilatabilité de l'orifice observée chez cette femme au cours de ses deux accouchements?

Elle n'avait subi aucune amputation du col nécessité par un néoplasme.

La non-dilatabilité était-elle due à une endocervicite développée pendant la grossesse, et ayant donné lieu aux exsudats inflammatoires que l'on trouve dans l'agglutination du col? Mais notre malade n'a jamais eu de métrite ou de pertes blanches.

Est-ce, d'autre part, de la rigidité ou de la contracture spasmodique qu'a présenté ce col réduit à son ouverture?

Dans la rigidité anatomique, le col est dur, épais, insensible; dans la contracture spasmodique, il est aminci, chaud, sensible, tendu comme une corde de violoncelle.

Chez notre malade, on a observé un orifice, d'abord caché pendant la grossesse et devenu central pendant le travail. Il présentait à la fois les caractères de la rigidité et ceux de la contracture; il était insensible, froid, comme dans la rigidité; mince, chaud, comme dans la contracture; jamais le toucher n'a été douloureux.

Pour M. le professeur Grynfeldt, on se trouvait en présence

d'une anomalie congénitale rentrant dans la catégorie de celles que Lefort a décrites dans sa thèse d'agrégation.

Voici ce que dit à son endroit ce savant maître sous le titre d'Utérus acollis ou parvi collis :

« Il est difficile de se prononcer d'une manière certaine, quant à l'existence de ce vice de conformation ; il faudrait, pour établir son opinion sur une base certaine, trouver des exemples chez de très jeunes enfants ; car, lorsqu'il s'agit d'adulte, et surtout de vieillards, rien n'indique qu'il s'agit d'un vice de conformation congénital, et non d'une modification morbide dans la configuration d'un organe d'abord régulier dans ses dimensions absolues et relatives.

» Hervez de Chégoin a présenté à l'Académie de médecine l'histoire d'une femme chez laquelle on ne pourrait sans témérité admettre cette disposition.

» La malade n'avait vu jamais venir ses règles, l'utérus était imperforé et le col paraissait manquer complètement.

» Meissner a vu une matrice formant une boule complètement close, de laquelle partait un très fin prolongement qui se prolongeait vers l'urèthre. Le vagin se terminait en cul-de-sac, et n'avait aucune communication avec la matrice. La femme, il est vrai, avait soixante-seize ans, mais les dispositions anormales du vagin et de l'utérus lui-même pourraient faire croire que l'absence du col était congénitale (1). »

Ces cas, rapportés par Lefort, n'ont évidemment aucune ressemblance pathologique avec le nôtre : chez notre malade, il n'y a pas eu d'hématomètre lors de l'instauration menstruelle, donc le col était perforé, ce qui la différencie de la malade d'Hervez de Chégoin.

Nous connaissons un autre cas, rapporté par Marion Sims, dans lequel il existait un orifice minuscule sur un diaphragme ;

(1) Thèse d'agrégation de Lefort, 1863, p. 76.

les règles se faisaient mal ; Nélaton, consulté, ne voulut pas faire la discision.

L'embryologie seule peut nous donner une explication raisonnable de l'anomalie en présence de laquelle nous nous sommes trouvée.

Nous avons vu dans le chapitre I, que, vers le commencement du cinquième mois, se montre le museau de tanche sous la forme d'un bourgeon lamelleux épithélial, provenant de l'extrémité supérieure de la masse épithéliale contenue dans le vagin.

Si le développement de ce bourgeon se fait transversalement, il est court, et ne donne pas lieu à une saillie papillaire du col dans le vagin ; on a seulement un diaphragme horizontal, perforé d'un trou plus ou moins considérable. Chez notre femme, le col présentait un véritable diaphragme ; par l'orifice se faisait l'écoulement des règles, ce qui explique pourquoi on n'a pas eu à intervenir lors de leur apparition comme dans le cas d'Hervez de Chégoin, et même dans celui intermédiaire de Marion Sims ; c'est ce qui a permis aussi la fécondation.

Nous n'avons pas trouvé dans les auteurs d'autres cas conformes au nôtre ; les faits, assez rares d'ailleurs, cités plus haut, ne se rapportent pas à l'obstétrique.

Nous nous rattachons donc à cette opinion de notre Maître, que nous avons eu affaire à un cas de rigidité sur un col réduit à son orifice externe, dont la minceur était due à un *arrêt de développement*, sans rien avoir de commun avec la contracture spasmodique. En un mot, il s'agirait de l'anomalie congénitale que Lefort désigne sous le nom de *parvi collis* ou d'*acollis*, cette dernière dénomination étant une qualification plus exacte de la forme que présentait notre malade.

CHAPITRE III

DE LA RIGIDITÉ DU COL PENDANT LE TRAVAIL

Quand, le travail s'étant déclaré, l'anneau cervical résiste à la poussée utérine et ne se dilate pas, on dit qu'il y a rigidité. Si l'on consulte les traités d'obstétrique depuis M^{me} Lachapelle et Baudelocque, il est facile de se convaincre que cette cause de dystocie n'avait pas échappé aux anciens accoucheurs.

Nous n'avons pas à insister sur cet historique qui se trouve exposé partout, et en particulier dans la thèse de Toledo, 1890. Nous notons seulement que toutes les observations et les travaux faits sur la question aboutissent à la distinction de trois genres de rigidité :

- Rigidité spasmodique ;
- Rigidité anatomique ;
- Rigidité pathologique.

Les rigidités spasmodique et pathologique se définissent par elles-mêmes, et leur existence n'est pas discutable au double point de vue clinique et anatomique. Il n'en est pas de même de la rigidité anatomique, qui, fortement attaquée dans ces dernières années au nom de l'observation microscopique, menace de disparaître du cadre nosologique. Avant d'examiner les griefs qu'on fait valoir contre elle, voyons d'abord comment la comprenaient ses auteurs :

« Il est bien plus ordinaire, dit M^{me} Lachapelle, de voir

cet orifice conserver une épaisseur, une dureté assez considérable et résister aux contractions utérines, soit que cet effet soit dû à une sorte de spasme, soit qu'on doive le regarder comme *une disposition organique particulière.* »

« La rigidité du col, dit Baudelocque, et sa rétraction spasmodique, me semblent une même chose. Dans cet état, l'orifice utérin est mince, tendu, sensible au toucher, et cède très lentement à la contraction. Cette disposition est extrêmement fréquente, c'est certainement la cause la plus ordinaire du travail lent sans aucune modification de structure, par simple rigidité, l'orifice utérin peut n'être pas disposé à s'ouvrir ou à se dilater et retarder ainsi l'accouchement. Loin d'être aussi mou qu'à l'état normal dans l'intervalle des contractions, il présente un bord raide, tendu comme une corde de boyau; il est aussi moins sensible au toucher. Souvent les douleurs sont en même temps faibles et rares, et l'orifice paraît ne pas se dilater par suite d'un état vicieux de la contractibilité utérine. »

Velpeau disait : « Le col est dur et non malade. »

Cazeaux et Tarnier, dans leur *Traité d'accouchement*, disent que la rigidité du col qu'on appelle encore rigidité anatomique, mécanique, est beaucoup plus rare que le spasme du col interne, que l'on désigne souvent sous le nom de rigidité spasmodique. Dans la rigidité anatomique, les fibres du col semblent avoir une résistance extraordinaire que nulle altération ne peut expliquer; c'est une espèce de résistance passive, en vertu de laquelle le col ne cède pas à la dilatation. Son tissu paraît dense et pourrait être comparé à du cuir imbibé de graisse. Le travail se prolonge sans que l'orifice se dilate, celui-ci conserve au contraire une certaine épaisseur, c'est en vain que les contractions utérines se succèdent et que la femme s'épuise en d'inutiles efforts.

Il ne faut pas confondre cet état anatomique du col avec

un orifice qui reste simplement épais, parce que les contractions utérines sont insuffisantes, mal dirigées ou annihilées par un obstacle mécanique à l'engagement du fœtus.

La rigidité anatomique est donc pour ces divers auteurs une rigidité essentielle, sans aucune modification de structure du parenchyme cervical. Cette notion, encore un peu confuse sous la plume de M^{me} Lachapelle, est nettement formulée par Baudelocque, qui paraissait tout d'abord vouloir confondre les deux rigidités spasmodique et anatomique.

Velpeau, Cazeaux et Tarnier sont également très affirmatifs dans le même sens.

Donc, pour tous ces auteurs, le col rigide reste anatomiquement sain.

En ce moment, plusieurs accoucheurs, et à leur tête Doléris et Pinard, n'admettent pas la rigidité anatomique ainsi comprise. Pour eux, abstraction faite de la rigidité spasmodique, il n'existe que des rigidités pathologiques et ce qu'ils appellent des fausses rigidités.

On peut faire remonter à Cazeaux et Tarnier l'origine de ce débat. Après avoir défini la rigidité anatomique et décrit ses caractères, ils ajoutent en effet : « Il ne faut pas confondre cet état anatomique du col avec un orifice qui reste simplement épais, parce que les contractions sont insuffisantes, mal dirigées ou annihilées par un obstacle mécanique à l'engagement du fœtus. »

Avec R. Barnes, le domaine de la rigidité se circonscrit de plus en plus : « La rigidité du col, dit-il, est beaucoup plus rare qu'on ne le suppose généralement. Très fréquemment, si l'orifice ne se dilate pas, c'est que la partie qui se présente ne presse pas sur lui ; mais si les membranes sont rompues prématurément, la partie qui se présente passe directement sur l'orifice avant que la dilatation ait commencé, l'irrite fréquemment et amène le spasme annulaire. »

Ainsi énoncées, ces restrictions sont tout à fait justes et parfaitement d'accord avec les données de la clinique. Il est certain qu'on avait tout d'abord fait beaucoup trop grande la part des rigidités spasmodique et anatomique. La question a été particulièrement bien étudiée dans ces dernières années ; on l'a soumise à un contrôle clinique rigoureux, appuyé de recherches microscopiques, et l'on s'est aperçu que bien des cas de dystocie, que l'on avait coutume, sur la foi des auteurs, de considérer comme d'origine cervicale, étaient tout simplement le fait de l'insuffisance d'un des facteurs habituels de la dilatation : contraction utérine, poussée de l'œuf sur le segment inférieur.

La question fut posée en termes forts nets par Doléris en 1885 : « Lorsqu'il s'agit, dit-il, de vérifier les phénomènes cliniques de la rigidité anatomique, l'accord est facile entre les observateurs, mais si on se demande quel est le fond même, la raison d'être de cet état, on est bien obligé de laisser les mots et les épithètes de côté pour mettre à la place une notion claire, précise. Or ce n'est pas dans les livres qu'on rencontre cette notion précise. »

Et plus loin :

« Le col est dur et non malade, dit Velpeau, à la vérité, j'accepte qu'il n'est ni cancéreux, ni fibreux, ni altéré d'une façon visible ; mais comment peut-on garantir son intégrité histologique intime ?... »

« De deux choses l'une : 1° Ou bien il s'agit d'un *état antérieur* à l'accouchement, caractérisé par une anomalie de structure, une altération de tissus, une substitution d'éléments étrangers aux éléments normaux du col utérin ; 2° ou bien il s'agit d'une *manière d'être du tissu qui se produit au moment de l'accouchement*, et qui s'accroît au cours du travail dans des conditions déterminées ; et comme cette manière d'être ne peut être que fonctionnelle ou matérielle, que

d'autre part la modification fonctionnelle, seule connue, est représentée par la rigidité spasmodique déjà envisagée, il faut bien décider de la nature des altérations qui troublent matériellement, c'est-à-dire anatomiquement, le rôle de l'orifice utérin pendant l'accouchement. Pour ce qui me regarde, je n'accepte qu'avec grande difficulté l'idée d'une rigidité anatomique sans modification de texture. Volontiers, je crois qu'un col, qui comporte par avance par sa structure même les conditions d'une résistance anormale, est un col altéré; que si, par contre, la rigidité est une conséquence du travail, il y a lieu de changer les termes du problème. » (Doléris.)

Dans un nouveau mémoire (1887), le même auteur établit l'existence des fausses rigidités et confirme ses premières conclusions dans les termes suivants :

« J'ai toujours vu des obstacles du col, autrement résistants que la rigidité anatomique classique, céder devant un utérus énergique qui se contracte régulièrement. J'ai vu, par contre, souvent la prétendue rigidité anatomique se montrer après un travail lent, traînant, mal dirigé par un utérus paresseux ou empêché par des obstacles extrinsèques trop considérables ou impossibles à vaincre. J'ai toujours vu enfin le retour normal des contractions triompher aisément de ces cols devenus rigides, très rigides mêmes; et, dans les cas d'obstacles qu'il était au pouvoir de l'accoucheur de faire disparaître, je n'ai pas éprouvé, qu'une fois l'obstacle écarté, le col restât un empêchement sérieux à la terminaison de l'accouchement.

» En un mot, je n'admets pas plus aujourd'hui qu'alors la variété dite anatomique de la rigidité du col.... Ces cols, à mon avis, sont des cols malades (scléreux ou affectés d'infiltration kystique ou d'hypertrophie); ou bien, ce sont des cols transformés au cours du travail par la marche lente de l'accouchement (pression longtemps exercée sur le segment

inférieur aussi bien par la tête foetale que par les parois pelviennes, stase qui en est la conséquence). »

M. le professeur Pinard soutient les mêmes idées dans son enseignement, et comme Doléris il ne voit, entre les fausses rigidités et les rigidités pathologiques, aucune place à faire à la rigidité anatomique.

On a récemment invoqué à l'appui de cette opinion les résultats de l'examen microscopique.

Jusqu'en 1890, on ne possédait aucun fait étudié histologiquement, et l'on devait se contenter de la constatation microscopique de l'aspect fibreux, de la consistance de cuir bouilli imbibé dans la graisse. Schroeder, Lusk, Benicke incriminaient hypothétiquement l'hypertrophie fibreuse ou la sclérose consécutive aux processus inflammatoires chroniques.

Bouffe de St-Blaise et Wallich ont eu récemment l'occasion d'examiner histologiquement des fragments de col rigide spontanément détachés.

Les recherches de M. Bouffe ont porté sur une femme du service de M. Champetier de Ribes et ont été absolument négatives. M. Wallich a fait les siennes sur deux femmes de la maternité de Lariboisière, service du docteur Porak.

Dans les deux observations de M. Wallich, nous trouvons un état du col un peu différent. Dans la première, le col, rompu et détaché à 3 centimètres de l'orifice externe, est le siège d'œdème et d'infiltration sanguine, celle-ci se trouve surtout localisée aux bords de l'orifice et diminue à mesure qu'on s'élève, pour être complètement remplacée par l'œdème. Œdème et infiltration sanguine sont pour l'auteur la conséquence d'un même fait : la congestion passive poussée dans ses dernières limites et produisant ici de l'œdème, plus loin de l'infiltration sanguine. Dans cette observation, la tête du fœtus, très volumineuse et fortement enclavée dans l'excavation, n'avait pas encore accompli son mouvement de rotation.

Il n'est pas étonnant que le segment inférieur, comprimé entre la paroi osseuse pelvienne et la tête foetale, ait été le siège d'une congestion passive ayant abouti en dernière analyse à une infiltration sanguine et à un œdème. Alors les éléments constitutifs du col, les fibres musculaires dissociées ayant perdu toutes leurs fonctions, ne forment pour ainsi dire plus que la charpente d'un caillot au niveau de l'orifice du col et des travées traversant un œdème. Le col est pour ainsi dire figé dans cet état ; ce n'est plus un organe contractile, dilatable, musculaire, mais seulement une masse sanguine et œdématisée qui ne peut que se rompre devant la poussée utérine.

Dans la deuxième observation, les lésions sont nulles ; on ne constate ni infiltration ni œdème. Le col, du reste, n'avait que peu changé d'aspect ; mais, dans ce cas-là, la tête n'était pas enclavée comme dans le cas précédent, et la compression du col et du segment inférieur bien moindre par conséquent. Du reste, au moment où les contractions utérines sont devenues suffisantes, le col s'est dilaté, et s'est dilaté à ce moment seulement, c'est-à-dire un certain nombre d'heures après que les incisions avaient été pratiquées.

De l'examen de ces deux faits, M. Wallich conclut :

1° Que le col de l'utérus ne portait pas les traces d'altérations essentielles primitives pouvant correspondre à l'état de rigidité anatomique ;

2° Qu'une inertie utérine, caractérisée par la rareté et l'irrégularité des douleurs peut-être énergiques, doit être le facteur principal de la non-dilatation du col au milieu de circonstances défavorables, telles que rupture de membranes à un moment éloigné de la dilatation complète, infiltration sanguine et séreuse du col due à la compression prolongée exercée par la tête foetale.

Ces conclusions, adoptées par Toledo et reproduites dans sa thèse, sont loin d'être à l'abri de toute critique, c'est ce qu'il

nous faut établir maintenant. Cette critique a d'ailleurs déjà été ébauchée en termes très judicieux par Porak devant la Société obstétricale et gynécologique de Paris : « M. Wallich, dit-il, n'a pas constaté les traces d'altérations essentielles, mais ce n'est pas une raison suffisante. Il ne suffit pas de ne pas trouver dans la disposition des éléments anatomiques des caractères anormaux, pour affirmer qu'il n'y a pas de lésion. La structure intime de la fibre musculaire peut être modifiée et l'anomalie échapper à l'examen microscopique. »

Si, dans bien des cas, il est très difficile de distinguer dans la lenteur du travail ce qui appartient à l'insuffisance des contractions utérines et ce qui appartient à la rigidité du col, cette dernière n'en est pas moins manifestement reconnaissable à ses caractères de dureté, d'épaississement, d'inextensibilité ; et, si elle est souvent d'ordre secondaire, son individualité clinique, abstraction faite des phénomènes de congestion passive, ne paraît pas discutable.

La démonstration des fausses rigidités, que personne ne conteste, ne prévaut pas contre un examen clinique qui indique dès le début du travail ces modifications manifestes dans la consistance et dans l'extensibilité du tissu cervical caractéristiques de la rigidité anatomique. Et, d'autre part, l'absence d'altérations histologiques primitives dans les cas de Bouffe de Saint-Blaise et de Wallich n'exclut pas l'hypothèse d'une altération dynamique de la fibre musculaire cervicale, lésion non susceptible de se manifester histologiquement, et par conséquent inaccessible au microscope.

La solution de la question serait, d'après M. Porak, dans l'étude des modifications de consistance qui aboutissent au ramollissement complet du col, des conditions anatomiques précises qui régissent cette évolution de l'organe, et des causes susceptibles de l'empêcher ou de la vicier.

Or tout ce que nous savons sur la question se réduit aux

notions banales fournies par Lott, qui attribue le ramollissement du col à une richesse plus grande du plasma, à l'hypertrophie et peut-être à l'hyperplasie des éléments organiques, aux phénomènes de stase vasculaire résultant de la pression de la tête sur le segment inférieur. La caractéristique anatomique intime du phénomène, son mécanisme et ses causes, nous sont complètement inconnus. Il n'est donc pas possible de déterminer en ce moment les causes qui peuvent l'empêcher ou le vicier, et ce problème, posé par Porak, reste par conséquent sans solution.

Mais il est facile de concevoir l'hypothèse suivante : Que, pour une raison quelconque, le ramollissement ne se soit pas fait quand la grossesse est arrivée à son terme, on se trouvera en présence d'un col rigide. La rigidité donne d'ailleurs au doigt la sensation d'un col non ramolli ou insuffisamment ramolli.

La raison d'être de la rigidité anatomique résiderait donc non pas dans une altération histologique du parenchyme cervical, mais dans l'absence ou l'insuffisance de ramollissement du col, celui-ci conservant d'ailleurs l'intégrité anatomique absolue de son parenchyme.

Dürhssen a cru trouver l'explication de la rigidité du col dans la diminution progressive des fibres élastiques constituant la couche externe de la portion vaginale ; ces fibres nombreuses chez la jeune femme disparaissent peu à peu et sont très rares chez la primipare âgée.

La vieille classification des rigidités serait donc à conserver, la rigidité anatomique, c'est-à-dire essentielle ou dynamique, reprenant sa place à côté des rigidités pathologiques.

Décrivons maintenant ces trois genres de rigidité.

I

CONTRACTURE SPASMODIQUE

(Rigidité spasmodique des anciens auteurs)

La dénomination de rigidité spasmodique ne nous paraît pas très heureuse. Les phénomènes désignés sous ce nom sont en effet sous la dépendance de l'innervation du sympathique, et sont caractérisés par une contraction active de l'anneau cervical. Le mot rigidité, au contraire, supposerait la notion de passivité.

A la dénomination ancienne, nous en substituons une plus rationnelle, la contracture spasmodique du col.

Celle-ci est caractérisée, comme son nom l'indique, par une contraction de l'orifice externe qui pendant que le corps utérin fait effort se contracte au devant de la présentation, contraction qui peut se produire à une période un peu avancée de l'accouchement, ou même après ce dernier (Maygrier).

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE. — Deux classes de patientes sont spécialement prédisposées à un travail prolongé et douloureux. Ce sont : d'abord les primipares très jeunes, délicates, impressionnables, chez lesquelles le système nerveux est hors de proportion avec le système musculaire. Ces femmes présentent de l'asthénie musculaire, un orifice cervical peu développé, et enfin une grande irritabilité des fibres nerveux.

Cette irritabilité est telle que chaque contraction de la première période peut s'accompagner d'une douleur très vive.

Les primipares âgées seraient également exposées aux mêmes accidents. Jacquemier considérait même la rigidité spasmodique comme plus fréquente chez ces dernières. Mais ici, l'irritabilité nerveuse n'est pas seule en cause.

Les altérations atrophiques du tissu cervical, les adhérences des lèvres rendent l'organe moins dilatable. Certaines causes adjuvantes peuvent être invoquées, qui viennent réveiller ou aggraver l'irritabilité nerveuse; telles sont les frayeurs, les émotions morales, les chagrins, un toucher trop souvent répété, surtout lorsque le travail est commencé; et pendant une contraction, des tentatives imprudentes de dilatation, des frictions trop prolongées sur l'abdomen, l'emploi intempestif de l'ergot de seigle (heureusement très rare aujourd'hui).

Tout obstacle mécanique local à la marche du travail peut être une cause de contracture spasmodique: Rétrécissement du bassin, tumeurs, volume excessif de la présentation fœtale. Une des causes les plus fréquentes est peut-être la rupture prématurée de la poche des eaux, surtout si cette rupture est suivie d'un écoulement considérable du liquide amniotique. M. le professeur Dubois a fait remarquer en effet que cette rupture fait, au contraire, cesser le spasme, si elle ne laisse échapper qu'une petite quantité de liquide. Le spasme se produit surtout lorsque, après la rupture, la partie fœtale ne vient pas se substituer à la poche des eaux, et s'appliquer exactement sur le segment inférieur.

On peut résumer ce qui précède en disant que la contracture du col accompagne souvent le travail anormalement douloureux, ce qui nous amène à parler de sa pathogénie.

L'exposé de cette pathogénie tient en peu de mots: « La rigidité spasmodique, dit Porak, est une anomalie de l'innervation sympathique. » D'après Mitchell, les troubles nerveux et les causes externes que nous avons énumérés plus haut agissent comme cause réflexe; ce n'est plus l'utérus mais bien le système nerveux qui régit la contractilité utérine. Il resterait à déterminer le centre spinal, ou centre des contractions utérines, et les voies que suit l'incitation nerveuse. Cette dé-

termination n'est pas possible dans l'état actuel de nos connaissances.

SYMPTOMATOLOGIE — DIAGNOSTIC. — Lorsqu'on dit contracture spasmodique du col, cela éveille immédiatement la notion précise d'un groupe nettement déterminé; mais si nous savons très bien quels faits sont rangés sous cette appellation, il faut cependant reconnaître que les caractères sur lesquels on insiste dans les livres classiques ne sont pas définitivement fixés. Nous avons déjà déterminé dans quelles conditions se produit cette contracture du col. Il s'agit en général d'une jeune primipare, de tempérament nerveux, très irritable, chez qui la poche des eaux s'est rompue, et le liquide amniotique s'est écoulé prématurément. Dans ces cas, et à plus forte raison si un obstacle mécanique quelconque rend difficile l'engagement de la présentation fœtale, la surexcitation du système nerveux est intense, il y a beaucoup d'agitation, la femme pleure, se désole; il survient des nausées; quelquefois même des vomissements; alors le pouls est petit et fréquent. Les contractions peuvent diminuer d'intensité et de nombre; mais, malgré cette suspension des douleurs et du travail, la malade ne recouvre pas le calme; elle éprouve un malaise général, s'agite constamment dans son lit, elle ne peut rester couchée longtemps dans la même position.

Si la rétraction spasmodique persiste pendant un certain temps, la contraction de l'utérus n'a pour effet que d'engendrer des douleurs de rein, très vives, qui font rarement défaut. M^{me} Lachapelle dit les avoir souvent rencontrées. Il y a quelquefois aussi du ténesme vésical, de fréquentes envies d'uriner, et aussi du ténesme du sphincter anal.

Localement on constate par le toucher que l'orifice est à peine dilaté comme une pièce de 50 centimes ou de 1 franc.

Les bords sont raides, tendus comme une corde de contre-basse, tranchants, comme bordés d'un mince fil de fer, douloureux à la pression et beaucoup plus irritables que dans l'état ordinaire. Les parties environnantes et la paroi cervicale sont sèches et chaudes, surtout si le travail dure depuis quelque temps.

Cette sensation de chaleur peut être comparée à celle qu'éprouve le doigt introduit dans le vagin d'une femme qui a une métrite intense ou une vaginite aiguë.

Maintenant, à quel moment du travail se produit surtout la contracture du col ?

Il faut reconnaître tout d'abord que cette contracture est devenue de moins en moins fréquente à mesure qu'on a réduit les indications de l'ergot de seigle, et qu'elle est surtout devenue rare au cours de l'accouchement. Pour M. Porak, la rigidité spasmodique serait surtout un accident de la délivrance : il arrive quelquefois que la partie fœtale qui se présente ayant franchi l'orifice, la tête par exemple, le col de l'utérus se contracte spasmodiquement, revient sur lui-même, embrasse le cou du fœtus et met obstacle au passage des épaules. De même dans la présentation de l'extrémité pelvienne, la rétractation spasmodique du col peut encore, après la sortie des hanches, opposer un obstacle assez considérable à la sortie des épaules et de la tête.

Dans un cas de Porak, une fermeture complète de l'orifice cervical s'était produite alors qu'on avait déjà fait une application du forceps en ville. On avait introduit les branches du forceps, car on en trouva les marques sur la tête de l'enfant.

Ce n'est pas toujours la même portion du col de l'utérus qui se contracte sur le fœtus. Quand l'effacement du col est complet et que la présentation n'a pas encore commencé à se dégager à travers l'orifice externe, c'est ce dernier qui est

le siège du spasme. D'après certains auteurs, la rétraction de l'orifice interne serait plus fréquente et résulterait, suivant la remarque ingénieuse de Deweis, de la double tendance de l'utérus à reprendre sa forme primitive et à s'accommoder à la forme des parties contenues dans sa cavité.

Après l'accouchement, la rigidité spasmodique porte presque constamment sur l'orifice interne et le segment inférieur; peut-être serait-il plus exact d'en placer le siège au niveau de l'anneau de contraction du cercle utérin de Bandl.

On pourrait confondre la rétraction spasmodique du col avec le resserrement qu'éprouve le col lorsqu'après la rupture des membranes la partie du fœtus qui se présente ne s'engage pas convenablement. Mais il sera toujours facile d'éviter l'erreur en se rappelant que dans le simple resserrement les bords de l'orifice sont épais, mous et facilement dilatables.

La violence des douleurs accusées par la malade ne permettra pas de confondre le spasme du col avec l'irrégularité et l'insuffisance ou l'absence de contractions. Du reste, si on éprouvait quelques doutes à cet égard, on n'aurait qu'à appliquer une des mains sur le ventre de la femme pendant qu'on introduit l'indicateur de l'autre main dans le vagin, on reconnaîtrait alors que la matrice se durcit par intervalles avec une énergie convenable et que le col de l'utérus se tend avec force au moment des contractions.

Dans le cours de l'accouchement, la contracture spasmodique ne semble pas présenter une bien sérieuse gravité; on en a facilement raison par l'expectation et les calmants du système nerveux. Ici l'opium est très précieux ainsi que le chloroforme et le dilatateur de Barnes, si une dilatation rapide est nécessaire. Des bains de siège, des douches vaginales tièdes, une injection hypodermique de morphine, la quinine

quand il y a de la malaria, l'acide salicylique dans les cas de rhumatismes, l'électricité sont tous des moyens utiles.

C'est surtout après l'accouchement que la contracture acquiert toute son importance et qu'elle peut devenir l'origine des complications les plus sérieuses ; témoin le cas rapporté par Porak qui se termina par une syncope mortelle, cas qui est d'ailleurs typique au point de vue de la symptomatologie : après un accouchement rapide et avant terme d'un enfant vivant, la femme continua à se montrer très agitée, mais apyrétique. L'orifice cervical était résistant, non déchiré, très douloureux, non dilatable ; les contractions utérines, violentes ; le globe utérin rétracté. L'agitation était extrême, rien que l'idée qu'on allait l'examiner mettait la malade dans un état d'excitation extraordinaire que ne put vaincre aucun des moyens employés en pareil cas ; une première syncope très inquiétante se produisit pendant un examen. Bientôt après, les syncopes se répétaient spontanément, et la malade succomba.

* Il s'agissait dans ce cas d'une rétraction totale de l'utérus.

Nous rapportons une observation inédite que notre maître, M. Grynfeldt, a bien voulu nous communiquer, suivie de deux autres, qui nous ont paru intéressantes, au cours de nos recherches.

Observation II

(INÉDITE)

(Communiquée par M. le professeur Grynfeldt)

Contracture spasmodique à la suite de l'administration d'ergot de seigle

En 1870, je fus appelé chez M. C... pour voir une de ses pensionnaires, jeune primipare de vingt-deux à vingt-trois ans, forte, robuste, mais très irritable, en travail depuis la veille, et dont l'accouchement traînait en longueur. En arrivant, je n'eus pas de peine à

constater un état d'éréthisme nerveux extrême, qui rendait la parturiente d'une indocilité peu commune.

J'eus toutes les peines du monde à pratiquer le toucher, tellement s'agitait cette pauvre femme. Le vagin était chaud, très hyperesthésié, et je n'atteignis que très difficilement le col.

Ce dernier, complètement effacé, avait un orifice de dilatation comme une pièce de 2 francs environ ; d'une exquise sensibilité, chaud, tendu, mince, ne supportant qu'avec peine le contact du doigt. La poche ne bombait pas encore, l'extrémité céphalique fœtale était déjà engagée.

Je me doutais bien vite de ce qui était arrivé, la parturiente devait avoir absorbé du seigle ergoté. J'appris en effet que la sage-femme, pour hâter le travail dont la lenteur l'exaspérait, avait administré 2 grammes de ce médicament, pris par petits paquets de 50 centigrammes à l'intervalle d'une demi-heure l'un de l'autre.

Il n'en fallait pas tant pour déterminer cet état de rétraction spasmodique du col auquel la jeune femme était déjà prédisposée et par son tempérament, et par la durée du travail qui traînait depuis plus de vingt-quatre heures.

Je fis administrer aussitôt un quart de lavement d'eau tiède, additionnée de XV gouttes de laudanum de Sydenham, et je prescrivis un grand bain tiède, à faire prendre dans le plus bref délai possible, d'une heure de durée, et au sortir duquel un second lavement, de même composition que le premier, devait être administré, si les contractions utérines n'avaient pas repris leur marche régulière, c'est-à-dire n'avaient pas cessé d'être continues pour devenir intermittentes, avec cessation de l'état hyperesthésique de l'orifice cervical.

Je revis la malade au bout de quatre heures, les choses avaient marché à souhait : néanmoins le second lavement avait dû être administré.

Mais alors la dilatation était presque complète, et les bords de l'orifice avaient perdu leur sensibilité insolite.

Les douleurs étaient franches, régulières, nettement séparées par des moments de repos complet.

Dans la soirée, l'accouchement se termina tout à fait spontanément sans nouvel incident aucun. La délivrance néanmoins présenta, paraît-il, à ce que me dit la sage-femme, certaines difficultés ; le placenta aurait-il été momentanément incarcéré ? Je ne saurais le dire.

Les suites des couches furent normales.

Observation III

(JACOBI)

Électricité faradique dans la rigidité du col utérin pendant le travail

Primipare, avortant au septième mois, dans un état d'épuisement considérable résultant de douleurs prolongées. L'orifice externe était rigide, tétanisé. On usa des moyens usuels les plus appropriés pour relâcher la rigidité de l'orifice, mais sans le plus petit effet.

Même le chloroforme dut être suspendu, car il pouvait devenir dangereux devant l'épuisement plus grand de la malade. Il sembla à Jacobi que la tétanisation de l'orifice, qui ne pouvait pas admettre le bout du doigt et résistait à la dilatation manuelle d'une façon extraordinaire, était due précisément à l'épuisement du système nerveux destiné à la fibre utérine. Le tétanisme était analogue à la contraction générale dans la rigidité cadavérique ; si cela était vrai, la stimulation locale des fibres nerveuses épuisées était indiquée comme remède. Une petite électrode fut appliquée à l'orifice et unie à une batterie faradique ; l'autre électrode fut placée dans la main de la patiente. On évita de faire passer le courant à travers le corps de l'utérus de peur que de nouvelles contractions ne vinssent lutter en vain contre une résistance impossible à vaincre. L'application fut continuée quinze minutes. Immédiatement après, et pour la première fois, on put introduire le doigt dans le canal cervical ; et, après quelques efforts, en effectuant graduellement la dilatation manuelle, on put délivrer la patiente par le forceps,

Observation IV

(DÉMELIN)

Multipare, cachectique, au huitième mois de sa grossesse. On provoque l'accouchement. Les contractions sont d'abord régulières et fortes ; la poche des eaux se rompt lorsque la dilatation est presque complète. A partir de ce moment, les douleurs disparaissent complètement.

Douze heures se passent ainsi, au bout desquelles les battements fœtaux se modifient. On trouve alors au toucher une partie fœtale (le sommet) très élevée, un col revenu sur lui-même, un orifice ex-

terne souple, un canal cervical très long. A 8 ou 9 centimètres environ au-dessus de l'orifice externe, on trouve un anneau épais, circonscrivant un orifice large comme une pièce de 5 francs. Le contact de la main avec la surface interne du col et du segment inférieur ramène les douleurs ; dans leur intervalle, l'orifice cède sous la pression de la main.

Le forceps est appliqué, le bassin laisse passer la tête, mais l'anneau rétracté résiste et tout l'utérus est entraîné. L'enfant ayant succombé, l'accouchement est terminé par basiotripsie pour éviter une déchirure utérine. Les suites de couches ont été bonnes.

II

RIGIDITÉ ANATOMIQUE

Si les faits décrits sous le nom de contracture spasmodique sont faciles à observer, et interprétés de la même manière par tous les auteurs, il n'en est pas de même de la rigidité que Dubois désignait sous le nom de rigidité anatomique, et Pajot sous celui de rigidité mécanique.

Cet état a été défini par Cazeaux : « une force passive en vertu de laquelle les fibres du col résistent à la dilatation, malgré des contractions suffisantes du corps de l'utérus. » Nous avons vu que ce genre, bien que mis en doute par de nombreux accoucheurs, mérite d'être conservé, et que son existence clinique paraît indiscutable. Il est bien clair en effet qu'à côté des conditions extérieures au col qui déterminent ou non sa dilatation, la lenteur du travail ne peut souvent être expliquée que par des différences dans la texture du col, reconnaissables à la consistance appréciée par l'exploration digitale.

Il est difficile d'établir une démarcation nette entre la résistance reconnue normale et la résistance considérée

comme anormale du col. La rigidité de l'utérus ne constitue pas une entité, elle ne mérite une classe dans le cadre nosologique que lorsqu'elle devient une cause de dystocie. La rigidité anatomique, ainsi comprise, se produit dans certaines conditions déterminées, elle est beaucoup plus rare que la contracture spasmodique.

La pléthore semble constituer une prédisposition à la rigidité anatomique, tandis que le tempérament nerveux expose davantage à la contracture.

Les deux éléments étiologiques les plus importants sont, d'une part, l'âge de la femme et son état de parité, et, d'autre part, l'accouchement prématuré.

C'est surtout lorsque l'âge est associé à la primiparité que la relation entre l'effet produit et la cause supposée paraît évidente. Tout le monde à peu près admet en France que les primipares très jeunes et les primipares âgées, ces dernières surtout, sont sujettes à présenter cette rigidité dite anatomique du col. Il résulte, en effet, des recherches de Courtade, sur l'accouchement des vieilles primipares, au point de vue de la durée, que la période de la dilatation est chez elles notablement plus longue que la normale. L'accouchement prématuré est l'une des causes les plus importantes de la rigidité anatomique, et cette donnée étiologique est un argument puissant en faveur de cette variété de dystocie. Cette dernière n'est-elle pas la règle dans l'avortement, alors que le ramollissement du col n'a pas eu le temps de se compléter ? Si, dans l'accouchement prématuré, le ramollissement est plus avancé, le volume plus considérable de l'œuf fœtal compense cet avantage. Enfin, dans l'accouchement à terme, le ramollissement du col peut, pour des raisons encore inconnues, s'être effectué incomplètement ou même pas du tout, et cette considération très rationnelle nous dispense d'invoquer des lésions organiques pour expliquer la production de la rigidité anatomique.

De sorte que la pathogénie de cette rigidité pourrait peut-être se résumer dans une anomalie du ramollissement du col pendant la grossesse.

Nos connaissances sur l'étiologie et la pathogénie de la rigidité anatomique se réduisent pour le moment à ces quelques données. « Savoir si peu est humiliant, dit Maygrier, mais de ce qu'on ne peut l'expliquer, ce n'est pas une raison pour nier une cause de dystocie très certaine, bien observée par la plupart des accoucheurs, et qu'on ne peut faire entrer ni dans les contractures spasmodiques, ni dans les rigidités pathologiques, ni dans les fausses rigidités.

SYMPTOMATOLOGIE. — DIAGNOSTIC. — Dans les cas de rigidité anatomique vraie, le col présente au toucher une consistance particulière, spéciale, analogue à celle du cuir bouilli imbibé de graisse. Ses bords sont durs, épais, résistants, non douloureux. Il semble que l'effacement ne soit pas complet, et le col, quoique ayant déjà un certain degré de dilatation conserve, comme dans l'avortement, une sorte de longueur relative ; il forme, en un mot, un bourrelet plus ou moins saillant, percé par un orifice plus ou moins large au fond du vagin. Le col n'est pas sensible au toucher, à la pression, et le vagin lui-même n'est ni plus chaud, ni plus sensible qu'à l'ordinaire.

Ce qui prédomine, ce sont les douleurs lombaires, mais les contractions sont normales, régulières, très énergiques, quoique sans effet ; au moment de la contraction, le col ne se modifie pas, la tête vient appuyer sur ce col, mais ne peut le modifier, et il n'est pas rare dans ces cas de voir la période de dilatation durer plusieurs jours.

Cet état est souvent confondu, et cela bien à tort, avec l'état épais du col que l'on rencontre si souvent au bout d'un certain temps de travail, lorsque les contractions sont faibles et

lentes. Mais les caractères distincts que nous venons d'énumérer sont assez nets pour faire éviter cette confusion (Charpentier).

Cet état est en général peu grave, car ses effets se manifestant pendant la première période du travail, il n'a que peu d'influence sur le fœtus. Mais il en n'est pas tout à fait de même pour la femme. Comme les contractions utérines conservent dans ce cas leur forme et leur intensité régulières, il en résulte un état de fatigue qui se traduit par une excitation bientôt suivie de dépression, d'affaissement, avec réaction fébrile et imminence de tous les accidents post-puerpéraux. De plus, la matrice, surmenée, n'a souvent plus la force nécessaire pour terminer l'accouchement une fois la résistance vaincue ; de là l'inertie utérine avec toutes ses conséquences.

Il est rare que la rigidité anatomique cède aux contractures utérines. Si l'art n'intervient pas, la période de dilatation peut durer deux ou trois jours, et se terminer par une fissure naturelle qui se fait dans les parois du col et qui parfois a détaché de celui-ci un fragment en forme d'anneau de calotte.

Observation V

(INÉDITE)

Sur un cas de rigidité anatomique

Jeanne C..., dix-neuf ans, domestique, entrée le 16 mai 1894 à la clinique d'accouchements. C'est une primipare anémique, au facies pâle, bouffi, qui présentait avant sa grossesse des menstrues irrégulières, abondantes, survenant parfois deux fois par mois : L'enfant est en O. I. G. A.

Le lundi 11 juin dans l'après-midi, apparaissent les premières douleurs, très faibles, espacées, à huit heures du soir, le col est encore gros non effacé, mais admet cependant l'extrémité de l'index.

Mardi 12. — Les contractions sont assez bonnes, mais toujours espacées. Au matin on constate un commencement d'effacement, au soir, la dilatation est à peine à 50 centimes et le col est toujours épais et non effacé.

Mercredi 13. — Les douleurs sont encore faibles et espacées ; au matin la poche des eaux est trouvée rompue, mais la dilatation est à peine à 1 franc ; dans l'après-midi, pose du dilatateur de Tarnier qui tend les lèvres du col transversalement. Enlevé à six heures, après cinq heures d'application, il ne donne rien, la dilatation est à peine à 2 francs.

Jeudi 14. — La dilatation est au même point, les bords du col sont toujours épais, car les douleurs restent très faibles toute la journée. A dix heures du soir seulement, les douleurs reprennent une nouvelle force, la dilatation reprend aussi sa marche, et à onze heures elle est à 5 francs.

Vendredi 15. — A une heure du matin, moment de la dilatation complète, le col présente un bourrelet assez volumineux. Enfin à deux heures du matin avait lieu la terminaison naturelle de l'accouchement : l'enfant, d'aspect malingre, était mort-né, on n'avait plus perçu les bruits du cœur à partir du jeudi soir.

Cette observation nous paraît être un cas assez net de rigidité anatomique ; c'était bien là le col épais et non effacé qu'ont décrit les auteurs. La poche des eaux ne s'est rompue qu'après deux jours de travail infructueux. Enfin le dilatateur de Tarnier lui-même n'a pu vaincre cette résistance de l'orifice.

Observation VI

(ENGELBACH)

Secondipare, vingt et un ans, chétive, de petite taille, sans passé pathologique, menstruée à seize ans. Première grossesse bonne et accouchement rapide en juillet 1883. Grossesse actuelle pénible, compliquée de nausées, de douleurs, de crampes. Prise de douleurs en ville le 21 juin au soir, les membranes se seraient rompues dans la nuit. A son entrée à l'hôpital, on constate que le col n'est pas effacé, et présente au moins la longueur de la première phalange ; présentation du sommet en O. I. D. P. Pendant toute la journée du 22 et la nuit du 22 au 23, les contractions sont fréquentes, revenant toutes les dix minutes environ. Cependant les contractions sont très courtes et

énergiques, cet état se maintient pendant toute la matinée, bien que la malade ait été placée dans un grand bain et que des irrigations chaudes très prolongées aient été pratiquées sur le col.

A la visite du 23 juin, on constate par le toucher vaginal que le col fait une saillie dure et irrégulière. L'introduction de l'index dans le canal cervical permet de reconnaître que l'orifice est béant, sans qu'il soit cependant possible de le franchir en lui associant le médius; il est d'ailleurs aisé de sentir que le col forme un anneau rigide, à peine extensible, dont la dureté rappelle celle d'un anneau de gutta-percha durcie.

Une intervention paraissant nécessaire, on introduit dans le canal cervical un ballon de Barnes. Cette introduction n'amène pas de résultat, l'instrument glissant dans le vagin, il est d'ailleurs expulsé complètement à six heures et quart du soir, à la suite d'un grand effort. A huit heures du soir, le col est au moins aussi long et aussi rigide, il paraît moins béant. En le touchant, on a la sensation d'un véritable tissu fibro-cartilagineux; sa consistance est partout la même; en arrière, on constate une encoche résultant d'une déchirure du col, datant de l'accouchement antérieur. A ce niveau la dureté est aussi grande qu'ailleurs, mais l'anneau moins étendu qu'en avant.

Une section du col est décidée et pratiquée largement jusqu'aux points où le tissu utérin semble normal comme épaisseur et consistance. A gauche, cette section offre 3 à 4 centimètres de largeur; à droite, mesurée sur le doigt, elle atteint 3 centimètres. L'opération est suivie d'une injection intra-utérine et de l'application d'un tampon de glycérine salicylée sur la surface de la section. A ce moment les urines sont acides, fortement albumineuses. La miction spontanée est abolie.

A partir de ce moment et pendant toute la journée du 24 juin, on ne constate aucune modification du côté du col; les douleurs ont disparu et l'utérus ne se contracte plus.

Ce n'est que vers huit heures du soir que la malade recommence à souffrir, les contractions restent néanmoins courtes et peu énergiques. T. ; 37°6. P. : 120.

Le 25, à une heure du matin, la tête franchit l'anneau utérin et apparaît à la vulve à la suite d'une seule contraction. Dix minutes après s'en produit une autre et le dégagement a lieu. L'enfant, qui pèse 2,230 grammes, est mort, le liquide amniotique teinté de méconium.

La délivrance naturelle s'effectue; quarante minutes après, les

membranes ne sont pas expulsées, on constate à ce moment qu'il existe en avant et à gauche, à droite et en arrière, deux larges déchirures du col remontant jusqu'à l'insertion vaginale.

Bronchite pendant les suites de couches.

Localement, on constate de la dureté au niveau du col, dont les sections sont très appréciables au doigt; l'utérus est fixé, immobile; des deux côtés on sent nettement une masse arrondie très dure.

Le 27, la malade se lève, le cul-de-sac latéral droit est presque complètement libre, souple, non douloureux; la masse du cul-de-sac gauche, qui ne présente que peu de sensibilité, n'a pas suivi la même régression; on perçoit même l'exsudat profondément par la palpation abdominale; la face postérieure de l'organe est libre, il est mobile, le col est porté à gauche.

La malade a été revue vingt-cinq jours après; les symptômes locaux étaient les mêmes, sauf une anémie prononcée: État général satisfaisant.

Il est difficile de spécifier dans quelle catégorie de rigidité anormale il faut ranger ce cas.

Il ne s'agit pas d'une contracture spasmodique, le col ne présentait aucun des caractères de l'orifice contracté. Ce n'est pas non plus une rigidité pathologique, il n'y avait pas de modifications néoplasiques des tissus, sauf quelques traces du premier accouchement sur le col, mais il n'y avait pas de bride cicatricielle. Pas de stigmate de syphilis.

Il y a bien eu la rupture prématurée de la poche des eaux, de la faiblesse des contractions utérines, mais l'état du col, dur, rigide, nous fait ranger cette observation dans les cas de rigidité anatomique, plutôt que dans ceux des fausses rigidités.

Observation VII

(COOPMANN)

Sur la rigidité anatomique

M^{me} R...., trente-deux ans, primipare, bonne santé habituelle, arriva le 2 septembre 1889 au terme de sa grossesse. L'enfant se pré-

sentait en OIGA, la tête était engagée, les battements du cœur distincts et de fréquence normale.

Au toucher on constata que la lèvre antérieure du col était grosse, luisante, mais sans granulations, infiltration ou anomalies quelconques.

Les douleurs étaient assez fortes.

Cet état se maintint trois jours sans que l'on constatât trace d'élargissement de l'orifice cervical. Puis les douleurs diminuèrent. A huit heures du soir, les battements du cœur fœtal étaient percevables ; à neuf heures, ils disparurent. La température de la malade était de 38°5 ; le poulx avait 100 pulsations ; la langue était quelque peu chargée. On prescrivit une injection de morphine.

Le matin suivant, aucun changement ne s'opérant, le D^r Coopmann résolut de hâter l'accouchement.

Après deux injections de 5 milligr. de morphine, la malade prit un peu de repos.

La température dans le vagin était montée à 39°.

Le lendemain matin, à dix heures, plusieurs incisions furent faites sur le col. L'anneau cervical, qui avait la consistance du parchemin, revint à son état normal. L'enfant étant mort, on résolut de pratiquer une basiotripsie.

La tête rapetissée franchit rapidement l'orifice.

L'expulsion du placenta fut normale.

Une suture mit en état les entailles du col.

La température devint normale vers le soir, et au douzième jour l'accouchée était guérie.

III

RIGIDITÉ SYPHILITIQUE

Parmi les rigidités pathologiques, la rigidité syphilitique est la seule dont nous nous occuperons dans cet article. Nous allons en retracer l'histoire d'après les travaux qui ont paru, depuis la thèse de M^{me} E-M. Mesnard et le mémoire de Doléris.

Pour M^{me} Mesnard, l'observation de Godefroy serait la première démontrant l'influence de la syphilis sur la production de la rigidité cervicale. Mais c'est à Putégnat que revient réellement le mérite d'avoir démontré cette influence. Il le fit à l'aide de cinq observations, d'après lesquelles il fallut intervenir pour terminer l'accouchement, et qui concernaient des femmes manifestement syphilitiques.

L'idée de Putégnat fut bientôt confirmée par les observations de Chiarleoni, Martinetti, Chiara et Fasola, de Velpo-ner, de M^{me} Mesnard, Hirigoyen, MM. Doléris, Lugeol, Moussous et Blanc, etc.

Tous ces cas furent réunis par M^{me} Mesnard dans sa thèse en 1884. M. Doléris présenta une étude d'ensemble de la question dans son mémoire de 1885, et conclut à l'existence de la rigidité du col d'origine syphilitique. Au mois d'avril 1891, Blanc (de Lyon) reprit la question. Tout en affirmant l'existence de cette variété de rigidité, il fit remarquer combien prêtaient le flanc à la critique nombre des observations précédentes, dans lesquelles on ne constate qu'une coïncidence entre des accidents syphilitiques généraux et une rigidité qui pourrait bien n'être qu'anatomique au sens ordinaire du mot.

Toutefois, la démonstration était déjà faite. Dans une observation de 1886 l'examen histologique permettait à Fasola d'affirmer la nature syphilitique des lésions observées; et depuis l'on n'a fait que développer certains points de détail et mentionner de nouveaux cas. Nous apportons une observation du service de M. le professeur Grynfeldt. Cette observation a été communiquée à la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier en 1891, et insérée dans le compte rendu de la clinique par M. le Dr Puech.

La fréquence moyenne de ce genre de dystocie est difficile à établir : Mackensie, dans 22 accouchements de syphiliti-

ques, note 1 cas de rigidité du col; Mervis, sur 167 parturientes syphilitiques, estime à 13 pour 100 le nombre de ces femmes ayant un accouchement laborieux, soit par le fait de douleurs trop intenses ou irrégulières, soit par le fait d'une résistance anormale du col; il n'y eut que 3 fois un col dur non dilatable.

En réunissant les observations de Fauconnier 36, Sacreste 24, Mercier 7, Combes 188, total, 255 cas, on ne trouve que deux fois la rigidité du col. En tenant compte du nombre des femmes syphilitiques qui accouchent dans les divers services (3 à 5 pour 100), on voit que ce n'est guère que tous les deux ou trois ans que, dans les maternités bien fournies, on peut avoir l'occasion de rencontrer une rigidité syphilitique du col.

ÉTIOLOGIE. — Le col utérin peut être le siège des manifestations de tous les âges de la syphilis: chancre, syphilide, gomme, syphilome.

Considéré longtemps comme très rare (1/2 50 dans la statistique réunie de Martin, Carier et Bureaux), le chancre du col présenterait au contraire une fréquence relative considérable d'après Fournier, qui l'a rencontré 1 fois sur 18. Cette dernière proportion est probablement encore au-dessous de la réalité, parce qu'il s'agit d'une lésion qui passe souvent inaperçue. Elle n'est, en effet, ni visible ni sensible pour la femme, et elle a pour caractère de se modifier et de guérir spontanément avec une rapidité merveilleuse.

Fournier, Bennett, Ricord, Schwartz, font remarquer que le chancre du col s'accompagne, soit d'une hypertrophie totale avec dureté du col utérin, soit d'induration partielle.

Les syphilides du col se rencontrent 1 fois pour 20 cas de syphilide de la vulve, elles sont environ trois fois plus fréquentes que celles du vagin.

Elles peuvent, comme toutes les syphilides, être le siège d'une induration secondaire, et la production de l'exsudat néoplasique peut simuler l'accident primitif ; la confusion a d'ailleurs été souvent commise.

Les accidents tertiaires, gommès, syphilomes, nous sont moins bien connus, mais leur existence ne peut être mise en doute, car le col utérin n'échappe certainement pas à cette loi, en quelque sorte constante, que tout point de l'économie ayant été le siège du chancre ou situé dans le voisinage de ce dernier est susceptible de développer des néoplasies tardives spécifiques.

Les observations de rigidité du col d'origine syphilitique démontrent que si le chancre, les accidents secondaires, peuvent entraver la dilatation par suite des modifications pathologiques du tissu cervical, l'obstacle est autrement sérieux lorsque le col et le segment inférieur sont envahis par un processus scléreux, par ce qu'on a appelé la sclérose du col. Ces lésions doivent certainement exister sur l'utérus non gravide, peut-être même sont-elles une cause puissante d'avortement.

Fasola décrit ainsi les lésions qu'il a constatées sur un utérus de syphilitique : « A 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'orifice du col se trouvait un relief circulaire formé par un tissu extraordinairement dur, comme cartilagineux, relief qui se continuait en haut, sur le corps de l'utérus, d'une façon irrégulière. La dureté extraordinaire du tissu qui formait cet anneau, le faisait facilement distinguer du reste du tissu utérin, qui paraissait conserver sa structure normale ; le tiers supérieur, c'est-à-dire la partie où se trouvait le placenta (au fond de l'utérus et à droite) paraît sain. L'anatomie pathologique montre que ce tissu résistant, comme cartilagineux, n'est autre qu'un tissu de sclérose. »

Pour Doléris, « la rigidité syphilitique est essentiellement

liée au chancre du col. Il faudrait, pour les cas en-dehors de cette catégorie, prouver irréfutablement que les lésions secondaires du col peuvent, sous l'influence de la grossesse, évoluer dans la forme hypertrophique et scléreuse. »

La grossesse exerce une influence manifeste sur l'évolution et la gravité des accidents syphilitiques. La grossesse, suivant le mot de Fournier, vient compliquer la vérole.

Ainsi que l'a démontré M. Pertaneco (Th., de Paris, 1875), la grossesse prolonge d'une façon très notable la durée du chancre infectant. Ce n'est pas tout, les caractères que nous avons signalés plus haut atteignent le maximum de leur développement ; le col s'hypertrophie d'une façon considérable, il se déforme, et sa dureté devient plus grande encore.

Il en est de même des syphilides ; « localement d'abord, dit Fournier, la grossesse prédispose la région génitale à des poussées de syphilides muqueuses qui prennent, je ne dirais pas une gravité, mais une importance particulière, en raison même des conditions physiologiques que confère la gestation à tout l'appareil génital.

» L'état congestif anormal est pour ces accidents une cause d'appel et d'entretien. Les papulles muqueuses ne se bornent pas à être très communes chez la femme enceinte, elles se développent sur elle avec une exubérance singulière, prennent rapidement la forme bourgeonnante, végétante, hypertrophique et arrivent souvent à constituer de nombreuses tumeurs qui envahissent et déforment toute la vulve. »

Ces lésions rebelles à la thérapeutique s'effacent, disparaissent comme par enchantement après l'accouchement.

La grossesse ne paraît pas au contraire favoriser la production de gommés. L'origine de celles-ci est en effet dans l'endartérite et les troubles circulatoires consécutifs. Or, pendant la grossesse, le col et le segment inférieur sont plus abondamment irrigués qu'à l'état ordinaire.

L'on peut se demander pourquoi la sclérose, qui est une lésion tertiaire, se montre d'aussi bonne heure sur le col de l'utérus des femmes enceintes. En effet, dans nombre d'observations il s'agit de sclérose qui existerait depuis dix à dix-huit mois, c'est-à-dire à une époque où l'on ne rencontre d'habitude que les accidents secondaires. Or il est démontré aujourd'hui que les lésions dites tertiaires peuvent se manifester de très bonne heure.

MM. Julien, Gosselin, Tillaux ont démontré l'existence de syphilomes à marche rapide déjà constitués cinq ou six mois après l'apparition du chancre, ne s'ulcérant jamais et évoluant toujours vers la sclérose. Les conclusions de Gosselin relativement au syphilome anorectal peuvent s'appliquer de tous points au syphilome scléreux du col. Celui-ci est souvent localisé au sphincter et est accompagné d'ulcération et de suppuration.

Il n'existe pas d'observation permettant d'affirmer que la grossesse favorise ce genre de lésion ; mais il semble que cette influence doit exister et on la conçoit facilement d'une façon théorique. La grossesse est le point de départ de néoformations vasculaires. Les vaisseaux néoformés, de petit volume sont désignés d'avance pour être le siège d'endartérite et de périartérite. Les tissus mal nourris vont se transformer ; le tissu conjonctif prolifère abondamment ; il se développe de la sclérose dans les tissus qui entourent ces vaisseaux et cette sclérose réagit ensuite sur les vaisseaux eux-mêmes. Ainsi s'expliquent l'étendue considérable qu'acquièrent ces lésions et leur gravité exceptionnelle.

SYMPTOMATOLOGIE. — DIAGNOSTIC. — Il est facile de déduire des observations connues les symptômes de la rigidité du col d'origine syphilitique.

Tout d'abord il en est un qui se trouve plus ou moins pro-

noncé, plus ou moins net suivant le cas, c'est l'induration du col. Tantôt elle est limitée et partielle, tantôt au contraire elle s'étend, envahit le col en entier et tout le segment inférieur, comme dans l'observation de Fasola. Cette induration est remarquable et les accoucheurs depuis Putégnat ont employé diverses figures pour en donner une idée. On l'a qualifiée de fibreuse de fibrocartilagineuse, de ligneuse, de squirreuse. La comparaison avec du cuir bouilli, puis imbibé de graisse, donnée par Cazeaux, a été appliquée probablement à des rigidités syphilitiques ignorées. Quoi qu'il en soit, ce caractère constitue un symptôme capital presque pathognomonique.

Le col rigide n'a aucune tendance à s'effacer sous l'influence des contractions utérines; dans certains cas il s'épaissit et s'indure encore plus si c'est possible. Les lèvres restent épaisses, dures et indolores. A la suite d'un travail long, pénible, elles peuvent devenir chaudes ainsi que le vagin.

La rupture prématurée des membranes s'observe très fréquemment, on pourrait même peut-être faire de cette rupture un symptôme de syphilis utérine. La syphilis qui altère la constitution du placenta ne pourrait-elle pas exercer une influence fâcheuse sur le développement des membranes qu'elle rendrait moins résistantes? Quoi qu'il en soit, c'est un fait d'observation. Cette rupture des membranes au début, et même avant le début du travail, vient compliquer encore la situation. Lorsqu'elle ne s'est produite que dix, quinze, vingt heures après le début du travail, la dilatation ne s'est pas faite plus facilement, le travail n'a pas été plus rapide. Aussi, sans nier l'influence que peut avoir la rupture des membranes sur la marche de la dilatation, nous dirons que, dans le cas particulier, cette influence doit être minime, puisque dans les observations où l'on a noté la rupture tardive des membranes, il a fallu intervenir énergiquement pour terminer l'accouchement.

Si le travail durant déjà depuis plusieurs heures on vient à pratiquer le toucher à travers l'orifice du col rigide et dilaté comme une pièce d'un ou deux francs, on sent la bosse séro-sanguine qui fait une saillie considérable.

Le volume de cette bosse séro-sanguine est d'autant plus grand que le travail dure depuis plus longtemps, et que les contractions sont plus fortes.

Autour de cette bosse, on trouve le bourrelet formé par les lèvres du col, qui ont l'épaisseur d'un doigt, et qui sont dures et résistantes.

Quand les contractions utérines ne triomphent pas de la résistance du col, la femme ne tarde pas à présenter des symptômes de surmenage : elle s'énervé, on note une élévation de température, un peu de délire, et au bout d'un temps plus ou moins long, on peut observer, soit de l'inertie utérine, soit au contraire la tétanisation du muscle utérin. Au point de vue de la marche du travail, il faut distinguer deux cas :

L'accouchement peut avoir lieu spontanément. Dans un cas de Doléris, où les lésions étaient récentes, et où le traitement mercuriel avait été rigoureusement suivi, l'accouchement fut même très rapide. Plusieurs observations (Martinetti, Bouffe de Saint-Blaise, Wallich) montrent que les contractions utérines très fortes peuvent occasionner une rupture du col à la suite de laquelle l'accouchement se fait rapidement.

Le plus souvent la terminaison spontanée n'a pas lieu et l'intervention s'impose. Au bout de dix, quinze, vingt heures de travail, les membranes s'étant rompues prématurément, la dilatation est comme une pièce de 2 francs, et ne peut pas dépasser ce maximum. Le col reste comme figé dans cette nouvelle situation.

Telle que nous venons de la décrire, la rigidité syphilitique du col est déjà bien caractéristique.

Si l'on ajoute les renseignements fournis par l'interrogatoire, le diagnostic différentiel devient chose très simple.

On ne confondra pas la rigidité syphilitique avec la contraction spasmodique, celle-ci se rencontre la plupart du temps chez la femme nerveuse, à la suite de l'administration intempestive de l'ergot de seigle, à la suite de touchers très répétés ou mal pratiqués, de rupture prématurée de membranes. Après avoir présenté un commencement de dilatation, le col revient sur lui-même, ses bords sont minces, tranchants, douloureux et chauds, ainsi que le vagin.

La rigidité anatomique présente localement des analogies nombreuses avec la rigidité syphilitique. Les renseignements fournis par l'examen direct sont à peu près les mêmes dans l'un et l'autre cas ; il suffit, pour s'en convaincre, de se rapporter aux descriptions précédentes, et le diagnostic est même souvent facile, ainsi que l'a fait remarquer M. Blanc (de Lyon), lorsqu'on n'a pas constaté *de visu* les accidents primitifs ou secondaires du col, et qu'on se trouve en présence d'une induration diffuse.

Les anamnestiques mettront sans doute sur la voie, en démontrant que la parturiente a eu ou non des accidents syphilitiques ; mais il restera encore des doutes ; car, même chez un syphilitique, le col utérin peut échapper aux processus spécifiques et, d'autre part, être le siège des phénomènes qui constituent la rigidité anatomique. Le pronostic devra être très réservé, surtout pour l'enfant. La statistique de M^{me} Mesnard (1884) donne une mortalité de 7,6 pour 100 pour la mère, et de 30,7 pour 100 pour l'enfant. D'après celle de Le Camus (1891), on observerait la mort de la mère dans 22 pour 100 des cas, et dans 35,5 pour 100 celle du fœtus. Ces chiffres paraissent à première vue très inquiétants, mais il faut remarquer que, dans la plupart des cas sur lesquels sont basées ces deux statistiques, la syphilis datait en moyenne d'un an, et

que la grossesse était arrivée à terme. Pour bien établir son pronostic, il faudra tenir le plus grand compte de l'importance des lésions, de l'âge de la grossesse, et de la façon dont est dirigé le traitement.

Observation VIII

(Tirée du *Nouveau Montpellier Médical*. — Compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier, 1891-92, recueillie par le Dr Puech, chef de clinique.)

Syphilis. — Accouchement prématuré. — Rigidité syphilitique du col

V... (Blanche), dix-neuf ans, couturière, entre dans le service le 16 novembre 1891. Depuis deux ou trois jours elle a éprouvé dans les reins et le ventre des douleurs vagues, qui depuis la veille sont devenues plus fortes et ont revêtu les caractères des douleurs de l'accouchement.

La dernière menstruation date du 22 avril 1891 ; c'est à cette époque aussi que la femme fait remonter la date du coït fécondant. La grossesse s'est bien passée ; elle n'a pas même été marquée par les troubles digestifs si communs du début. Écoulement leucorrhéique abondant, dû à une vulvo-vaginite intense.

L'abdomen est peu volumineux. Le fond de l'utérus dépasse à peine l'ombilic de deux travers de doigt. En bas on sent la tête fœtale, le dos est à gauche ; à gauche aussi sont entendus les bruits du cœur du fœtus.

Le toucher ne révèle aucune particularité du côté de la vulve, du vagin et du promontoire. Il n'en est pas de même au niveau du col de l'utérus.

Son orifice ouvert permet l'introduction de la pulpe de l'index. Mais, au lieu de trouver le limitant, un bord mince sans épaisseur, comme on était en droit de s'y attendre, on sent au contraire tout autour un anneau scléreux, épais, non douloureux au toucher. A droite et un peu en arrière, cette épaisseur paraît plus considérable, en même temps qu'en ce point le doigt éprouve une résistance plus marquée, plus dure, comme cartilagineuse.

En outre, tout ce qu'on touche du col présente un état d'induration marquée.

Songeant à la syphilis comme cause possible de cet état particulier

du col, l'enquête dirigée de ce côté, on fut vite convaincu d'avoir affaire à une syphilitique.

Le travail ayant traîné toute la nuit du 15 au 16, sans amener aucune modification dans l'état des parties, on résolut, la poche des eaux étant encore intacte et l'enfant vivant, d'enrayer les contractions utérines. Sous l'influence de trois lavements laudanisés, administrés dans la journée du 16, celles-ci s'espacent de plus en plus.

Le 17 au matin, on donna par deux fois du laudanum, les douleurs sont suspendues complètement jusqu'à huit heures du soir. Mais, à partir de ce moment, elles reprennent plus vives et plus rapprochées, et à minuit la poche des eaux se rompt spontanément.

La matinée du 18 se passe sans trop de douleurs : le col est dans le même état. Dans l'après-midi, les contractions reparaissent, et il semble cette fois que le travail va bientôt se terminer. Mais, malgré des douleurs assez fortes, la dilatation du col ne se fait qu'avec une désespérante lenteur : dilaté comme une pièce de 2 francs à trois heures du soir, l'orifice cervical avait à peine les dimensions d'une pièce de 5 francs à minuit. L'utérus est tétanisé. La femme présente une surexcitation considérable.

Pour remédier à l'un et à l'autre état, on fait une piqûre de morphine et on donne 1 gramme de choral. La femme est mise dans un bain avec un spéculum grillagé ; au sortir du bain, elle prendra, toutes les heures, des irrigations vaginales chaudes. On se pose la question, du débridement du col.

Enfin, à cinq heures du matin, le 19, la dilatation semble marcher plus rapidement ; et à cinq heures quinze, assez brusquement, a lieu l'expulsion d'un enfant vivant du sexe féminin, à l'aspect misérable, pesant 1,350 grammes. Cet enfant, placé dans la couveuse, succomba le dixième jour.

La délivrance et les suites de couches ont été normales. Le douzième jour, la femme est placée dans le service de gynécologie pour y être traitée de sa vulvo-vaginite. Là on constate que le col est le siège d'une grande déchirure transversale remontant jusqu'aux attaches du vagin. C'est cette déchirure qui a permis au col de s'ouvrir suffisamment pour laisser passer la tête fœtale. En outre, il existe à la partie droite de la lèvre postérieure un noyau saillant, induré (accident primitif probablement), encore apparent, lorsque la malade est retournée dans le service, au mois de mars, pour subir le curettage de l'utérus.

Observation IX

(VELPONER)

Induration syphilitique

Une femme de vingt-quatre ans. Secondipare (le premier accouchement avait eu lieu deux ans avant, normal et spontané), vint à la clinique le 2 août 1878, et trente-trois heures après, commencèrent les premières douleurs.

Après une sérieuse exploration du vagin, car à priori je ne pouvais me représenter que chez une femme robuste, jeune, avec un bassin normal, et en dépit de douleurs violentes et fortes, l'accouchement ne fût pas fini ; je trouvai le col dilaté de trois centimètres, extraordinairement dur, comme œdémateux, tendu ; le caractère de l'induration en ce point me fit penser un moment que j'étais en présence d'un cancer du col au début, car une sécrétion très fétide, mêlée de sang, s'échappait du vagin. Mais l'âge de la malade me fit abandonner cette idée ; je fis encore une autre inspection minutieuse et générale qui me conduisit à un autre résultat.

L'inspection du corps fit constater des taches rosées et des ganglions engorgés dans la région inguinale. Une partie du col était livide œdématisée et fortement pressée par le crâne de l'enfant.

Le diagnostic de la syphilis n'était pas douteux.

L'accouchement était commencé depuis trente-trois heures sans marche progressive, une accélération était sévèrement indiquée dans l'intérêt de la mère et aussi de l'enfant, dont les battements du cœur étaient jusque-là normaux.

Le col s'étant un peu dilaté spontanément, je fis avec les ciseaux de Sims cinq incisions circulaires, d'un centimètre à peu près, en évitant à dessein la plaie où se trouvait le noyau scléreux.

Les tissus craquèrent en se séparant ; la perte de sang fut légère. J'ordonnai ensuite des bains de siège à 28° Réaumur, à une heure d'intervalle, pour ramollir le col. Les douleurs restèrent constantes, fortes, fréquentes ; mais le col ne s'élargissait pas plus que les incisions ne le permettaient.

Je constatai soigneusement la température de la mère et les battements du cœur du fœtus : à neuf heures et quart du soir, la température était de 38°5 et l'auscultation fœtale donnait 100.

Voyant que la sortie de la tête à travers le col rigide et contracté ne se ferait pas spontanément, je décidai d'employer le forceps. L'application en fut relativement facile; mais il me fallut élargir encore le col par quelques incisions avec le bistouri boutonné, et malgré cela deux déchirures se produisirent allant jusqu'à l'insertion vaginale du col.

Après quarante-cinq heures et demie de travail, un enfant vivant fut extrait pesant 2,750 grammes et long de 50 cent.

Le placenta suivit après une légère expression. On fit une irrigation intra-utérine avec du karbol à 2 pour 100; les injections vaginales furent renouvelées trois fois par jour pendant toutes les suites de couches.

L'accouchée n'eut pas de fièvre, mais les lochies restèrent sanguinolentes pendant longtemps.

Après onze jours, la malade entra dans le service des syphilitiques où elle resta longtemps en traitement.

Ajoutons que l'enfant mourut le 23 septembre 1878 d'atrophie et d'anémie générales; il avait donné durant sa vie des signes certains de syphilis congénitale.

Nous transcrivons cette observation de rigidité pathologique de Velponer, pour montrer que les phénomènes observés sont les mêmes que dans la rigidité syphilitique.

Observation X

(VELPONER)

Rigidité pathologique

Une malade de vingt-neuf ans fut opérée en janvier 1879 à la clinique gynécologique d'un carcinome du col de la grosseur d'un œuf de poule. La partie vaginale du col fut largement amputée.

Deux mois après, la malade ressentit de violentes douleurs pendant la menstruation; elle vint à la clinique quatre mois plus tard, et on trouva alors l'utérus grossi, et dans le fond du vagin, une cicatrice radiée. On incisa le col sténosé bilatéralement. La menstruation suivante fut sans douleur.

En novembre, on reconnut une grossesse.

En janvier 1880, au cinquième mois de la grossesse, on incisa encore le col ; la malade se plaignit de quelques douleurs, et malgré l'administration de morphine, de chloral, les contractions utérines se réveillèrent fortes et continues huit jours après.

Au bout de quelques heures de travail, le col ne s'était pas élargi, la malade s'affaiblissait ; elle avait une perte fétide ; sa température était à 39°8. Une nouvelle incision bilatérale fut faite sur le col avec le couteau de Sims et un fœtus de 470 grammes fut extrait.

Pour éviter l'extension de la déchirure, une suture fut faite. Mais l'infection septique prit un cours rapide, et la mort eut lieu le cinquième jour.

TRAITEMENT DES RIGIDITÉS

Nous réunissons dans un même article le traitement des trois variétés de rigidité que nous venons d'étudier. A mesure que la dystocie cervicale a été mieux connue, cette question du traitement a fait de grands progrès et l'accoucheur a maintenant à sa disposition de nombreux moyens pour vaincre la résistance du col.

1° CONTRACTURE SPASMODIQUE. — Le traitement de la contracture spasmodique n'a pas été modifié. Ici ce n'est pas l'utérus qui est en cause, c'est le système nerveux. L'indication capitale, la seule indication, peut-on dire même, c'est de calmer l'agitation de la femme, de combattre l'hyperexcitabilité réflexe. Il ne faut pas toucher au col, ou y toucher le moins possible, surtout chez les femmes nerveuses.

Tout d'abord certaines précautions prophylactiques sont à prendre. On se gardera bien, suivant la règle classique, d'administrer du seigle ergoté tant qu'il restera quelque chose dans l'utérus, débris de placenta, de membranes ou même un caillot. On évitera également de se livrer à des manipulations

trop fréquentes et brutales, on pratiquera le toucher le moins souvent possible.

La contracture une fois établie, il faut avoir recours aux agents qui agissent sur le système nerveux.

Mais il est bon tout d'abord de savoir attendre; en effet, le spasme du col, après avoir duré une heure, deux heures et plus, disparaît quelquefois comme par enchantement, et l'intervention dans ce cas aurait été au moins inutile.

L'état de la mère et de l'enfant indiquent à l'accoucheur les limites où doit s'arrêter l'expectation.

Si l'état du col ne se modifie pas, on recourra tout d'abord aux lavements, aux injections émollientes laudanisées, aux bains de siège ou mieux aux bains généraux.

On pratiquait autrefois la saignée, d'après les conseils de Mauriceau, Baudelocque, M^{me} Lachapelle. On cite des praticiens: le docteur Boud (de Baltimore) et le docteur Dewees, qui ont préconisé la saignée jusqu'à la syncope. Cet agent thérapeutique est abandonné aujourd'hui.

La belladone a eu une longue période de vogue. Préconisée d'abord par Chaussier, M^{me} Lachapelle, elle a été employée avec succès par Dugès, Dubois, Moreau, Chailly, Jacquemier, Pajot, Cazeaux. « Si, dit M. Cazeaux, la belladone tant vantée par quelques accoucheurs est regardée par quelques autres comme un médicament sans efficacité, cela tient à ce qu'on a confondu la simple rigidité et la rétraction spasmodique; sans action dans le premier cas, elle me paraît très avantageuse dans le second. » La belladone, dit Velpeau, agit ici comme sur l'iris; quand on l'applique entre les paupières, et souvent avec une promptitude vraiment surprenante.

Chaussier employait une pommade contenant 4 grammes d'extrait pour 32 grammes d'axonge. Dubois se servait de l'extrait sans mélange. Quoi qu'il en soit, la belladone n'est plus guère employée aujourd'hui.

L'opium, auquel on a souvent recours sous forme de laudanum ou de morphine, présente des inconvénients assez sérieux. Il expose, en effet, aux congestions pulmonaires et cérébrales; de plus, l'effet sédatif du médicament peut se faire sentir surtout sur l'utérus et provoquer l'inertie utérine.

Le chloral est souvent employé et rend de grands services. Cependant Jones le considère comme dangereux pour la mère et pour l'enfant.

Les anesthésiques, et en particulier le chloroforme, ont en ce moment les préférences de la majorité des accoucheurs. Malgré l'opposition tenace de Pajot, la méthode anglaise *du chloroforme à la reine* s'introduisit en France et fut vulgarisée par les travaux de Houzelot, Campbell, Courty, L. Championnière.

H. Drouet a démontré (Th. de Paris, 1887) que l'analgésie obstétricale existe réellement, et qu'elle existe particulièrement pendant la période de dilatation; elle ralentit d'abord les contractions utérines, puis bientôt les régularise.

Si l'on peut hésiter à employer le chloroforme pour un accouchement normal, comme le voulaient les partisans de l'anesthésie obstétricale systématique, la rétraction spasmodique du col paraît constituer une indication indiscutable de son emploi.

L'électrisation faradique a été utilisée dans certains cas où la téτανisation de l'orifice est due à l'épuisement nerveux, tétanisme analogue aux crampes intestinales de la colique, ou à la contraction générale de la rigidité cadavérique. Dans ces conditions, la stimulation locale des fibres nerveuses épuisées est tout à fait indiquée.

La dilatation manuelle, ancien petit travail des sages-femmes, autrefois pratiquée par Mauriceau, Levret, Baudelocque et M^{me} Lachapelle, ne présente que des dangers. Elle n'a d'autre résultat que d'augmenter la contracture de l'ori-

fice et de l'organe tout entier, et d'exposer davantage aux ruptures utérines.

Si le spasme résiste à ces divers moyens, il ne reste plus qu'à choisir entre la dilatation forcée et l'opération césarienne.

Nous savons déjà quels sont les inconvénients de la dilatation forcée qui pourrait être pratiquée avec le dilatateur de Tarnier, ou les ballons de Barnes et de Champetier. L'action directe sur le col aggrave la contracture et l'état déjà précaire de la malade. Il en est de même des opérations mutilatrices sur un fœtus mort.

Dans ces derniers temps, on a agité la question de l'opération césarienne. Dans le cas de Porak, que nous avons rapporté plus haut, l'auteur n'osa se décider à dilater de force le col, craignant que la malade ne succombât au cours de la manœuvre. D'après lui, l'opération de Porro était indiquée et aurait eu plus de chance de réussir.

2^e RIGIDITÉ ANATOMIQUE ET RIGIDITÉ SYPHILITIQUE. — Le traitement ne diffère pas sensiblement dans ces deux variétés. Dans les scléroses avancées d'origine syphilitique, surtout si le segment inférieur est envahi, l'obstacle est évidemment plus considérable que dans la rigidité anatomique simple. Toutefois, les mêmes moyens seront employés dans l'un et l'autre cas, on en graduera seulement la puissance suivant les cas particuliers.

En cas de syphilis, un traitement spécifique énergique institué à temps et suffisamment prolongé, est probablement la meilleure garantie prophylactique contre les difficultés futures de l'accouchement, bien que cette garantie ne soit pas absolue.

Dans la rigidité anatomique, les anesthésiques sont à employer, non qu'ils agissent directement contre la coarctation,

mais parce qu'ils procurent un peu de calme et de sommeil à la malheureuse parturiente.

Le grand bain répété donne des résultats indiscutables, déjà reconnus par les anciens. Il est difficile d'attribuer à l'eau du bain la faculté de ramollir le tissu cervical, et l'on se demande comment se produit l'effet thérapeutique. Il est certain toutefois que, sous l'influence de l'action balnéaire, on constate souvent la reprise et la régularisation des contractions utérines, et la dilatation consécutive du col rigide.

Localement les sacs de Barnes, le ballon de Champetier de Ribes, pourraient servir à amener peu à peu la dilatation du col ; mais leur introduction n'est pas facile dans l'étroit espace qui se trouve limité entre le segment inférieur et le col d'une part et la tête qui vient appuyer sur ce dernier. L'écarteur de Tarnier paraît leur être supérieur dans ces cas, et il est certainement destiné à rendre les meilleurs services.

La dilatation digitale progressive ferait le même office mais avec moins de régularité, d'efficacité et de facilité.

Ces moyens simples doivent réussir dans la rigidité anatomique et les indurations syphilitiques légères ou moyennes.

A un degré plus élevé, quand la rigidité est incoercible, dans les scléroses syphilitiques avancées, l'écarteur lui-même échoue le plus souvent et l'on est obligé de recourir à des interventions plus décisives.

En première ligne il faut signaler la dilatation sanglante au moyen des incisions. Pour pratiquer cette dernière, deux méthodes sont à notre disposition.

Suivant la recommandation déjà vieille de Viguier, la plupart des accoucheurs font les incisions petites et multipliées, de préférence sur les côtés et dirigées légèrement en avant. L'expérience démontre que, dans les déchirures spontanées, la division s'arrête ordinairement aux points d'attache du va-

gin. Les incisions pratiquées suivant cette méthode, qui est la méthode française, paraissent donc ne devoir faire courir à la femme aucun danger.

Dührssen a récemment préconisé le large débridement du col au moyen d'incisions remontant jusqu'aux insertions vaginales. Il considère que cette méthode est indiquée dans trois circonstances principales: 1° quand il faut accélérer un accouchement qui serait susceptible de se terminer par les seuls effets naturels; 2° quand il faut préserver le col d'une déchirure imminente; 3° enfin, quand une intervention opératoire est nécessaire pour terminer l'accouchement et que la dilatation est encore insuffisante. Les incisions ne doivent porter que sur un col déjà effacé et dilaté dans une certaine étendue, et ont particulièrement leur raison d'être chez les primipares. Deux ou trois incisions, deux latérales et une éventuelle en arrière, suffisent pour dilater le col complètement.

D'après Dührssen, ces incisions profondes, pratiquées antiseptiquement, seraient sans aucun danger et n'amèneraient qu'un écoulement sanguin insignifiant. Elles doivent être faites au bistouri et suivies de la suture immédiate.

Cette méthode inspire une certaine appréhension à la plupart des accoucheurs français. Les dangers d'infection utérine, très redoutables d'une part, et d'autre part la crainte d'une hémorragie difficile à arrêter, suffisent largement pour justifier les hésitations (Maygrier).

On a proposé de tenter l'extraction fœtale à l'aide du forceps, même avec une ouverture du col insuffisante, et l'on a supposé que l'action dilatatrice de l'instrument complèterait du même coup cette dernière. Une telle intervention est dangereuse : ou l'on échoue dans la tentative, ou l'on tire avec brutalité en faisant éclater le segment inférieur et le col.

Plus rationnelles sont la craniotomie, qui favorise la pé-

nétration de la tête réduite en coin, et surtout la basiotripsie qui peut faire passer un fœtus volumineux à travers un col faiblement dilaté de la même façon qu'il permet son extraction à travers un bassin rétréci.

Si l'embryotomie est impossible et le péril urgent, il faut se poser la question de l'opportunité d'une opération césarienne. Mais, dans les mauvaises conditions créées par le moment de l'opération (femme exténuée, utérus déjà infecté), il faudrait préférer une amputation de Porro à la simple hystérotomie de Säger. Ce sont là, heureusement, des circonstances exceptionnelles qu'il suffit de mentionner.

Si l'on a pratiqué des incisions petites et multiples, ou si des déchirures spontanées se sont produites, le col reste très déchiqueté après l'accouchement; il se cicatrise vicieusement avec des lambeaux distants et un orifice largement béant, point de départ d'affections utérines. Il faut donc songer à une restauration du col; et précisément la méthode de Dührssen met à l'abri de ces derniers inconvénients en restaurant le col dès que l'accouchement est terminé. Au lieu de cette béance, on peut observer au contraire la rétraction des orifices cervicaux, un accolement si intime des parties déchirées qu'une atrésie, complète ou non, est créée, douloureuse à l'époque des règles, et surtout inquiétante au point de vue d'une grossesse et d'un accouchement ultérieurs.

CHAPITRE IV

AGGLUTINATION. — OCCLUSION. — ATRÉSIE. CLOISONNEMENT TRANSVERSAL.

Lorsque le col est le siège de processus inflammatoires, à la suite d'un avortement, ou qu'il a été l'objet de cautérisations plus ou moins profondes ou d'opérations telles qu'incisions, amputations, etc., on observe une tendance manifeste à la production d'adhérences entre les parois de sa cavité et du tissu fibreux dans l'épaisseur du parenchyme.

De là les diverses lésions et déformations que nous réunissons dans ce chapitre, depuis la simple agglutination de Nœgelé, jusqu'à l'oblitération complète de Depaul, celle-ci, heureusement, exceptionnelle.

Voici comment on peut comprendre la question, d'après Bain :

Tantôt il existe une simple atrésie épithéliale ou agglutination, causée probablement par l'agglomération d'un épithélium très prolifère, d'une exsudation fibrineuse avec sécrétion de mucus épais. Nœgelé a comparé ces produits à la matière qui unit le placenta et la matrice, les poumons et la plèvre, les intestins et la paroi abdominale lorsque l'inflammation se termine par adhérences. Dans certains cas, où l'on n'a pas constaté de lésion bien appréciable, il y avait eu certainement de l'endocervicite, quelque irritation mécanique ou autre

Nous savons que la fibrine du sang de la mère s'accroît durant les derniers mois de la grossesse, et que le col est le

siège d'une abondante production de plasma, de fibres et de cellules. Comme le col reste fermé chez les primipares jusqu'au moment du travail, on conçoit parfaitement la production d'une exsudation, d'une fausse membrane, ainsi que le dit Nœgelé.

Ne pourrait-on pas expliquer de la même façon ces cas de cloisonnement transversal du col, dont Breisky et Müller, Bidder, Budin, Blanc et Trachet ont rapporté des exemples? Schroeder admet que ces bandes cicatricielles qui peuvent occasionnellement obstruer le col résultent d'une inflammation ou de cautérisations. Quand ces bandes adhésives empêchent la dilatation du col, il y a un danger de rupture de la voûte vaginale si des incisions ne sont point faites.

L'occlusion cicatricielle du col est rarement complète; de petites ouvertures restent, rendant la conception difficile, mais encore possible. Barnes et Parvin parlent tous deux de certains cas très rares où l'occlusion est causée par l'union des membranes chorion et amnios avec la membrane maternelle. Dans ces cas, le rebord de l'orifice est reconnaissable, et tout ce qui peut être fait est de séparer les membranes ou, si l'on échoue, de rompre l'amnios.

En un mot, nous devons soupçonner une agglutination de l'orifice utérin lorsqu'à la première période du travail nous ne pouvons découvrir aucune trace d'ouverture dans la masse globulaire formée par le segment inférieur de l'utérus. Le Dr Campbell cite deux cas de primipares chez lesquelles l'orifice cervical ne put être découvert qu'après douze heures de travail chez l'une, et deux jours et une nuit chez l'autre. Churchill a eu un cas qui prit quarante heures avant de révéler un orifice cervical.

Nous serons encore en présence d'une agglutination lorsque nous arrivons seulement sur une petite fossette, une concavité au fond de laquelle est une dentelure et qui est ordi-

nairement à une distance considérable de la ligne médiane.

Les douleurs sont régulières et fortes ; la partie fœtale s'engage plus profondément, l'utérus devient sacciforme, et, au toucher, un accoucheur inexpérimenté croira avoir affaire à la tête recouverte par les membranes, tant le segment inférieur est aminci. Une application de forceps à ce moment serait désastreuse.

Après un certain temps, les douleurs redoublent, l'orifice utérin s'entr'ouvre enfin ; sinon, cette ouverture devra être pratiquée artificiellement ; et, quoique l'obstacle soit capable de lutter contre les contractions les plus énergiques de l'utérus, une simple pression, soit avec le bout du doigt, soit avec le cathéter, suffit pour opérer l'ouverture et le travail continue sans empêchements. Nœgelé opère l'élargissement sanglant lorsque la pression ne peut suffire, dans les cas d'occlusion, d'atrésie. D'après Mattei, sur 42 cas, 36 opérations furent nécessaires, il y eut 3 morts. Dans 28 cas, chez lesquels l'opération ne fut pas faite, on constata 7 morts-nés et 2 morts de la mère.

Observation XI

(INÉDITE)

(Communiquée par M. le professeur Grynfeldt)

Sur un cas d'agglutination de l'orifice cervical

En 1873, mon maître, M. le professeur Isidore Dumas, voulut bien me prier de l'accompagner pour l'aider dans une application de forceps qu'il allait faire sur une jeune primipare pour un cas de dystocie cervicale rare. Il désirait me confier l'administration du chloroforme : Cette dame était en travail depuis deux jours ; le col, qui s'était effacé lentement et difficilement, résistait à la dilatation par suite de l'encombrement de sa cavité par un tissu filamenteux disposé en trabécules unissant les parois opposées à l'instar des travées fibreuses constituant les aréoles d'un organe érectile.

Il n'avait pas fallu moins de deux jours pour que les contractions utérines vinssent à bout de déchirer ce tissu néoplasique et eussent permis une dilatation suffisante pour permettre une application de forceps.

Mais la jeune femme était tellement exténuée, tellement à bout de forces, que l'accouchement spontané paraissait impossible au professeur Dumas sans faire courir des risques à la parturiente.

Bien que le dilatation fût à peu près complète, l'application du forceps ne parut pas de prime abord devoir être facile; c'est pourquoi l'usage du chloroforme fut jugé nécessaire.

La tête fœtale en première position du sommet était assez basse dans l'excavation pour pouvoir être assez facilement saisie, mais encore fallait-il pouvoir appliquer la main conductrice des branches en bonne position; aussi, l'état rigide du col devant gêner cette manœuvre, M. Dumas fit-il choix du petit forceps de Barnes. Néanmoins l'opération ne fut pas aussi difficile qu'on pouvait le croire, et, grâce à l'état de chloroformisation profond de la parturiente, l'extraction d'un gros et bel enfant vivant fut assez rapidement effectuée.

Les suites de couches furent un peu pénibles, mais encore aujourd'hui, après vingt ans, la mère et l'enfant se portent très bien.

A quoi étaient dues ces adhérences intra-cervicales, cette agglutination des parois du col?

Probablement à une endocervicite, développée pendant la grossesse sous l'influence de causes qui sont restées inconnues dans l'espace. La jeune femme n'avait subi ni opérations, ni cautérisations pratiquées sur le col. Étant jeune fille, elle avait toujours été pâle, chlorotique et dysménorrhéique.

Quel est aujourd'hui l'état des organes? Je ne saurais le dire: toujours est-il que M^{me} X... n'a plus fait d'enfants.

Observation XII

(INÉDITE)

(M. le professeur agrégé GERBAUD)

Sur un cas d'agglutination

M^{me} B..., trente-trois ans, primipare. Après quarante-huit heures de travail, on constate que l'effacement du col est complet, mais que

l'orifice externe est absolument fermé; il admet difficilement la pointe du cathéter.

M. le Dr Gerbaud fait alors quelques incisions multiples tout autour de l'orifice. Un peu d'inertie utérine étant la conséquence de ce travail prolongé, une application de forceps doit être faite pour hâter la délivrance.

Cette femme était atteinte depuis son mariage, qui avait eu lieu trois ans auparavant, d'une métrite avec pertes blanches très abondantes. Elle n'était devenue enceinte qu'après trois ans.

Observation XIII

(VELPONER)

Un cas d'agglutination de l'orifice externe de l'utérus

Jeune femme de dix-sept ans. Grossesse normale, mais bassin plat. Les premières douleurs commencent le 1^{er} novembre, à trois heures du soir, et se continuent fortes et fréquentes; le jour suivant on trouve le col serré en avant, par une sorte de capuchon qui entourait la tête fœtale.

L'orifice ne put pas être atteint; les douleurs étaient toujours énergiques; pour les apaiser, on ordonna un lavement avec XX gouttes de teinture d'opium.

Le troisième jour avant midi, l'état était peu changé; la tête était plus profondément engagée et comprimait davantage la paroi du col; les douleurs n'étaient plus si fortes. Alors l'accouchée fut placée sur le côté gauche, et, avec le spéculum de Simon, on réussit à introduire une fine sonde de Anel; on eut la sensation d'un tissu mince et membraneux qui cédait. Une large sonde fut introduite qui donna issue à une petite quantité d'écume visqueuse. On attendit quatre heures, mais le travail, abandonné à lui-même, n'avancait pas; il durait depuis plus de quarante-huit heures, la mère commençait à être agitée; on pratiqua de profondes incisions cruciales de 1 cent. sur le col, avec l'hystérotome de Greenhalgh.

Le travail continua tout à fait normal; après une demi-heure de fortes douleurs, naquit un enfant du sexe féminin, pesant 3,100 grammes.

Observation XIV

(BAIN)

Un cas d'occlusion complète de l'orifice utérin

M^{me} T..., trente-quatre ans, primipare, jouissant d'une excellente santé, avait eu une grossesse très heureuse. Sauf dans les derniers mois, quelques légères douleurs abdominales, mais dont elle ne se plaignait pas.

Elle n'avait pas hérité de la diathèse rhumatismale de sa mère que j'avais soignée d'un eczéma, d'une sciatique, d'une arthrite rhumatismale, ainsi que son frère.

Le travail commença insensiblement dans la nuit du 13 mai. A six heures du matin, à mon arrivée, les contractions utérines n'étaient pas fortes, la malade était debout, bien qu'elle m'affirmât que les douleurs avaient été fortes et fréquentes.

Je croyais trouver un orifice déjà un peu dilaté, mais en réalité je ne pus pas même le trouver. L'utérus était un peu haut, et la partie fœtale, qui d'ordinaire a une forme plus ou moins globuleuse, se déroba à l'exploration digitale. Je passai le doigt dans toutes les directions, pensant à une déviation extrême de l'orifice, mais en vain.

Je tâchai de me persuader alors qu'un repli de membrane, plissé au devant du point exploré, était réellement le bord de l'orifice dilaté, dans quel cas le travail avait marché avec une grande facilité.

J'essayai de le vérifier en appliquant la moitié de la main le long de la paroi vaginale jusqu'à l'insertion du col, et je vis qu'il ne s'agissait pas là d'un repli de membranes; mais, comme les douleurs n'étaient ni fréquentes ni fortes, je laissai au temps la mission de révéler le mystère.

Dans l'après-midi, les contractions s'annoncèrent avec plus de régularité et de force; la partie fœtale semblait plus proche, plus grosse et le doigt avait la sensation d'élasticité que donne la poche des eaux.

Le repli du tissu n'était plus si nettement marqué, et ne pouvait pas être confondu avec les bords de l'orifice.

Le col n'était pas encore découvert, mais je croyais avoir affaire à une présentation de la tête. Je voulus en avoir la preuve en rom-

pant les membranes avec une forte aiguille à tricoter en acier, mais pas une goutte de liquide amniotique ne s'échappa, et je trouvai au contraire mon doigt teinté de méconium. Ce fut un trait de lumière : non seulement j'avais affaire à une occlusion du col, mais aussi à une présentation du siège.

Les douleurs étant très fortes, je me décidai à intervenir, je m'adjoignis le Dr Johnston, qui, après un toucher minutieux, découvrit un point, un peu déprimé, situé bien en arrière, assez haut et pas tout à fait dans la ligne médiane.

Ce point fut accepté par tous deux comme devant être l'orifice cervical, et, comme la patiente était en travail depuis quinze heures, nous résolûmes de réouvrir artificiellement le passage au fœtus : A l'aide du doigt et d'une sonde utérine l'orifice fut rapidement dilaté, il atteignit bientôt un diamètre de trois à quatre pouces ; cependant, quoique les contractions devinssent énergiques, nous hâtâmes la délivrance. L'enfant était mort.

Les suites de couches furent normales.

Observation XV

(WAXHAM)

Cas d'occlusion du col comme obstacle au travail

Primipare, vingt-neuf ans, en travail depuis sept heures. Rupture de la poche et sortie des eaux, après le commencement du travail. La tête du fœtus, descendue presque à l'orifice vulvaire, fut trouvée recouverte d'une mince membrane, sur laquelle le rapporteur ne put trouver aucun orifice. M. Nelson, mandé en consultation, constata au centre une petite fossette s'amincissant à chaque contraction de l'utérus. Petit à petit, sous l'influence des contractions, la fossette se transforma en orifice et celui-ci fut graduellement dilaté jusqu'à permettre la sortie du fœtus asphyxié.

Observation XVI

(NELSON)

Primipare, vingt-trois ans. A l'examen de la malade, M. Nelson constata un col bien conformé, mais ne trouva pas l'orifice. Quelques

heures plus tard, à son retour, il trouva la tête descendue à l'orifice vulvaire et coiffée du col, dont la minceur ressemblait à celle d'une membrane. Après un examen méticuleux, l'orifice fut trouvé, mais tellement petit qu'il laissait à peine pénétrer une petite sonde. Après avoir fait pénétrer la première sonde, D^r Nelson la remplaça par une plus forte, et ainsi de suite jusqu'à permettre l'introduction du doigt. La dilatation fut ensuite reprise et la femme accoucha normalement.

Observation XVII

(JENTZER)

Dystocie par atrésie incomplète de l'orifice externe du col

Femme de vingt-deux ans, primipare, toujours bien portante, à terme, présente un travail qui se prolonge du 25 octobre 1889, à deux heures du matin, jusqu'au 27 octobre, à sept heures du matin. A ce moment, la tête fait issue hors de la vulve, coiffée par le col et le segment inférieur de l'utérus. On trouve, en arrière de la tumeur, un orifice étroit, à travers lequel on pourrait introduire une épingle. Débridement de l'orifice transversal, ouverture de la poche des eaux, extraction manuelle d'un fœtus mort depuis quelques heures. Enfant pesant 2,600 grammes, délivrance artificielle. Couches normales.

Observation XVIII

(DUMOULY)

Atrésie du col d'origine chirurgicale

Femme en travail depuis trois jours, la grossesse étant bien à terme. Présentation crânienne. Col effacé, mais à la place de l'orifice il existe un moignon cartilagineux de 4 à 5 centimètres de diamètre.

Il est impossible de trouver un orifice.

Par l'examen au spéculum, on trouve au milieu de ce moignon un pertuis permettant l'introduction d'un stylet. La malade a eu déjà deux grossesses, à la suite desquelles elle a été cautérisée au fer rouge un nombre considérable de fois.

Aussi avait-on affaire à un bourrelet cicatriciel.

L'atrésie est complète, la malade s'épuise ; il faut intervenir, et, après anesthésie par le chloroforme, l'auteur pratique le débridement

du col au bistouri. Après l'opération, les douleurs s'arrêtèrent, il fallut faire la dilatation artificielle et terminer l'accouchement par le forceps. Suites de couches normales.

Observation XIX

(TRACHET DE LILLE)

Dystocie par cloisonnement transversal incomplet du col

D..., vingt-trois ans, premier accouchement normal. Grossesse actuelle très heureuse. Le 20 octobre 1890, à trois heures du soir, quelques douleurs de reins pénibles la font entrer à la Maternité.

Le 21 octobre, à neuf heures du matin, on trouve au toucher un col utérin complètement ramolli, un peu en arrière et à gauche, mais néanmoins facilement accessible, présente une déchirure étendue à gauche. Le fait intéressant, c'est la disparition de sa lèvre postérieure, tandis que sa lèvre antérieure est intacte, non effacée, elle mesure extérieurement 1 centimètre environ.

L'orifice externe est largement ouvert, mais sa dimension transversale est plus grande que sa dimension antéro-postérieure. Sa lèvre postérieure n'existe plus, et le doigt, en quittant l'orifice externe en arrière, parcourt la paroi postérieure évasée du col qui se continue elle-même sans ligne de démarcation avec le segment inférieur.

L'orifice externe est largement ouvert par suite de cette disposition ou plutôt il est incomplet et réduit à la partie que forme la lèvre antérieure qui seule persiste, la partie postérieure du col étant complètement étalée, dépliée. Au delà de l'orifice interne actuel (orifice de Müller) et en avant, le doigt rencontre, à 1 centimètre au-dessus, un cul-de-sac formé par l'insertion sur la paroi du col d'une cloison, d'une bride anormale qui présente la disposition suivante :

Cette cloison (et le cul-de-sac qu'elle forme en s'insérant sur le col) peut être suivie en avant où elle va en s'effilant vers la gauche comme la corne d'un croissant, en avant et à droite où elle a son maximum de développement (un bon centimètre à peu près), à droite puis en arrière où elle diminue de hauteur pour se perdre en s'effilant sur la paroi postérieure du col après avoir légèrement dépassé vers la droite la ligne médiane. La forme de ce cloisonnement peut donc être comparée à celle d'un croissant dont la concavité regarde à gauche ; de ce

côté pas de cloison, ce que confirme l'exploration pratiquée avec l'index gauche. A environ 1 centimètre au delà de l'insertion de cette cloison, on sent avec l'extrémité de l'index le point d'adhérence des membranes que l'on peut suivre à droite, en arrière et à gauche.

La poche des eaux est intacte et appliquée sur cette cloison. La tête, légèrement engagée et sur laquelle on peut sentir la suture sagittale transversalement placée et la petite fontanelle à droite, vient peser sur cette cloison cervicale. Au moment où l'utérus se contracte (d'une façon indolore d'ailleurs, car depuis minuit, sous l'influence du repos, les douleurs ont cessé), cette cloison se tend et la poche des eaux avec la tête vient s'appliquer fortement sur elle ; elle donne alors la sensation d'un orifice dilaté à bord mince et qu'on peut comparer pour la sensation perçue à celle que donne l'orifice externe au début de la dilatation chez la primipare. Sous la poussée de la poche des eaux et de la tête fœtale qui s'engage, cette cloison s'abaisse et s'applique contre la paroi antérieure du col qui diminue de longueur en s'étalant.

Le bassin est légèrement vicié, car nous pouvons mesurer le sacro-sous-pubien qui a 11 centimètres.

A onze heures du matin, les douleurs reparaissent régulières. A cinq heures du soir, la tête, un peu plus descendue, presse davantage sur la cloison du col qui semble s'être légèrement allongée. Au moment d'une contraction elle se tend, s'abaisse et toute la partie du col située au-dessous de cette bride reste flasque et peut être facilement confondue avec un pli du vagin ; on dirait que toute la portion antérieure du col située au-dessous de la cloison échappe à l'action de la contraction utérine que la cloison semble annihiler en ce point. Les douleurs cessent vers dix heures et demie du soir. Le 22 octobre, au moment où nous l'examinons, vers neuf heures du matin, les douleurs n'ont pas reparu ; le col n'a pas changé de forme, la lèvre antérieure, un peu plus courte cependant que la veille, existe toujours.

Les douleurs reparaissent plus énergiques que dans la nuit du 22 au 23 octobre ; les membranes se déchirent à six heures vingt du matin. A sept heures du matin, le col est complètement effacé, la lèvre antérieure a disparu ; l'orifice de dilatation mesure 2 centim. 5 environ d'ouverture. La cloison cervicale, que l'on peut suivre encore sur toute l'étendue de son insertion, ne fait plus qu'une saillie de quelques millimètres surtout bien nette à droite. A neuf heures du matin, l'orifice de dilatation a la dimension d'une pièce de 5 francs ; la cloison cervicale, sentie si nettement jusque-là, a presque complètement disparu ; elle est

réduite à une saillie de 1 millimètre environ qu'on suit encore en avant, à droite, mais qui disparaît en arrière. Le segment inférieur est fortement distendu ; la cloison cervicale s'est effacée par une sorte d'étirement à mesure que les contractions et la pression de l'œuf distendaient le segment inférieur et le col.

Au-dessous de cette saillie qui est la trace de la cloison ci-dessus indiquée, on peut sentir, surtout au moment de la contraction, à 1 centimètre environ de l'orifice de dilatation et en avant, des sortes de brides plus fines superposées au nombre de quatre et donnant la sensation de fins fils tendus sous la muqueuse.

À dix heures un quart le col est franchi, la tête sur le périnée, la rotation est à peu près complète ; à dix heures trente, expulsion d'un garçon du poids de 3,620 grammes. Délivrance naturelle.

Suite des couches normales. Le toucher pratiqué après la délivrance et pendant les suites des couches permet de constater que la cloison cervicale a disparu et ne s'est pas reformée.

Le fait plus particulièrement intéressant à signaler dans ce cas, c'est la marche spéciale de l'effacement du col, en relation évidemment avec l'existence de cette cloison cervicale qui a joué ici le rôle d'une sangle sur laquelle reposait la tête fléchie et qui, en la retenant, a retardé l'effacement de la lèvre antérieure.

CHAPITRE V

ŒDÈME. — HYPERTROPHIE

Au cours de l'accouchement, le col, et en particulier la lèvre antérieure, peuvent être le siège d'un gonflement qui présente des degrés très nombreux, depuis un œdème léger, jusqu'à un véritable thrombus, ou une hypertrophie considérable, comme dans les cas célèbres de Gueniot et de Duclos. Cette tuméfaction de la lèvre antérieure peut constituer une cause de dystocie parfois sérieuse. M. G. Etienne, lui a récemment consacré un mémoire intéressant dans les *Archives de tocologie*.

Laissant de côté les explications diverses du phénomène qui ont été données depuis Michaelis, Schröder, Lusk, voyons comment on peut le concevoir aujourd'hui.

Il est remarquable, tout d'abord, que, dans l'immense majorité des cas, la partie fœtale engagée est la tête; l'observation de G. Etienne, dans laquelle il s'agissait d'une présentation pelvienne, paraît unique dans la science. De plus, la tête se présente en général en OP, comme nous le montre Bataillard dans sa thèse.

La dilatation étant complète, tandis que la lèvre postérieure ne peut être que difficilement atteinte et s'est confondue avec la paroi postérieure du vagin, la lèvre antérieure, au contraire, se trouve comprimée entre deux plans résistants; la partie fœtale et le pubis. De là, gêne de la circulation veineuse et lymphatique. Le liquide épanché ne peut être re-

cueilli par les lymphatiques, sa quantité ne fait qu'augmenter par suite de l'accroissement de tension du sang dans les capillaires et l'écartement remarquable des éléments cellulaires de la muqueuse, constaté par Robin pendant la grossesse. Il y a, en somme, œdème mécanique qui ne serait, pour Cazeaux, que la première étape d'un thrombus.

Ainsi tuméfiée, la lèvre antérieure forme un bourrelet de plus en plus tendu et dur, que la tête repousse en avant à chaque contraction en l'étirant. Si l'obstacle n'est pas franchi spontanément, l'allongement de la lèvre peut être tel que cette dernière arrive à la vulve et constitue alors une cause de dystocie grave. La lèvre tuméfiée forme clavette, suivant l'expression d'Etienne, et empêche la tête d'avancer; elle est la source de douleurs très intenses qui ne sont plus celles de l'accouchement.

Comment peut-on remédier à un pareil accident? Avec deux doigts, pendant la contraction, on maintient la lèvre tuméfiée pour l'empêcher de descendre devant la tête qui la refoule. Puis, dès que la contraction est terminée, on s'efforce de la refouler en haut, au-dessus de la tête. Lorsque le travail tarde trop longtemps, après la dilatation complète, l'emploi du forceps est la méthode de choix.

L'allongement hypertrophique du col constitue également une cause sérieuse de dystocie. Du fait de l'allongement et de la structure en grande partie fibreuse de sa paroi, le col oppose une résistance considérable à la dilatation. Il peut être repoussé au-devant de la partie fœtale, apparaître à la vulve; au lieu d'un simple orifice, la partie fœtale doit ici parcourir un véritable canal.

Observation XX

(INÉDITE)

(Communiquée par le docteur P. Puech)

Allongement et œdème de la lèvre antérieure du col pendant l'accouchement

M^{me} X..., domiciliée à Montpellier, m'est adressée par mon ami, le docteur Estor, pour l'accoucher. C'est une jeune femme de vingt-huit ans, blonde, lymphatique ; elle est enceinte pour la troisième fois. La première grossesse s'est terminée à terme par la naissance d'un enfant âgé aujourd'hui de quatre ans ; la seconde fut un avortement à trois mois. Bien que M^{me} X... ait été un certain temps à se remettre de son avortement, elle a depuis, cependant, joui d'une bonne santé.

Rien de particulier touchant la grossesse actuelle. Pas d'albumine dans les urines. L'enfant vivant présente le sommet en G A.

Le jeudi, 7 décembre, je fus appelé à quatre heures de l'après-midi auprès de M^{me} X..., qui venait brusquement de perdre les eaux. L'exploration vaginale me montre que la tête était engagée dans l'excavation. Le col avait toute sa longueur ; en outre, je fus frappé par la saillie assez marquée que présentait la lèvre antérieure. Comme l'utérus ne paraissait pas encore vouloir entrer en contraction, je me retirai, prêt à répondre au premier appel.

Le lendemain 8, à sept heures du matin, les douleurs, vagues pendant toute la nuit, commencèrent à se faire plus énergiquement sentir. Arrivé vers les neuf heures auprès de la parturiente, je constatai que le travail était en bonne voie : les contractions étaient assez rapprochées ; le col présentait une dilatation comme une pièce de 5 francs ; mais il était irrégulièrement circulaire, par suite de la saillie de la lèvre antérieure. Le sommet, profondément engagé, était orienté en G A, comme je l'avais trouvé quelques jours auparavant ; l'enfant me parut de volume médiocre : tout me faisait donc prévoir la terminaison prochaine de l'accouchement.

A dix heures et demie, la dilatation était complète : seule, la lèvre antérieure du col, pincée entre la tête et l'arc antérieur du bassin, faisait une saillie marquée. Les douleurs étaient bonnes ; les bruits du cœur parfaitement normaux. Je comptais sur l'énergie des contractions pour vaincre la résistance que me parut dès lors opposer à la sortie de la tête cette sorte de cale formée par la lèvre antérieure.

A midi et demi, la lèvre antérieure, fortement œdématiée, constituait un bourrelet volumineux de couleur rouge violacé, que chaque poussée de la partie fœtale faisait saillir entre les lèvres de l'orifice vulvaire.

Il fallait, pour que l'accouchement se terminât, lever cet obstacle : la sortie de la tête, dans l'intervalle des contractions. J'arrivais assez facilement à refouler la lèvre antérieure du col derrière le pubis, au-dessus de la tête ; mais, à la contraction suivante, le résultat acquis ne se maintenait pas, bien que j'eusse pris la précaution de laisser le doigt derrière le pubis. Je songeais à appliquer le forceps, quand une dernière tentative, secondée par un effort énergique de la femme, fut suivie de succès. Peu après, l'accouchement se terminait par la naissance d'un garçon de petit volume, mais assez vivace. — Délivrance naturelle.

Les suites de couches ont été absolument normales.

Observation XXI

(INÉDITE)

Sur l'œdème de la lèvre antérieure du col

A.... (Ernestine), trente ans, primipare, couturière, d'une bonne santé habituelle, mais d'un tempérament lymphatique. Grossesse ne présentant rien de particulier, sauf un léger œdème malléolaire, et la présence d'une petite quantité d'albumine dans les urines, 50 centigrammes par litre environ.

Les premières douleurs apparurent le 20 juillet 1893, à minuit ; d'abord faibles, espacées, elles commencent à se rapprocher vers quatre heures du soir et à devenir plus fortes. La dilatation à huit heures et demie du matin était comme deux francs, le col était effacé, la poche des eaux intacte, peu saillante. A six heures du soir, on constate une dilatation complète, sauf en avant où il existait sur la ligne médiane, derrière le pubis, un bourrelet saillant constitué par la lèvre antérieure du col très tuméfiée. L'enfant présentait le sommet en O I G A.

A deux reprises différentes, on essaie de refouler le bourrelet au-dessus de la tête fœtale, mais la réduction, obtenue assez facilement, ne persistait pas. La période d'expulsion durait depuis deux heures et demie malgré l'intensité des douleurs. Enfin, à huit heures et demie

du soir, la tête franchit l'orifice utérin, ce bourrelet n'est plus senti. Une demi-heure après, l'accouchement se terminait par l'expulsion d'un bel enfant de 4,050 grammes. La durée totale du travail avait été de vingt et une heures; celle de la dilatation, de dix-huit heures.

Observation XXII

(SAMUEL GRIFFITH)

Allongement hypertrophique du col, cause de dystocie

Secondipare — examinée le 17 novembre 1888. — Douleurs irrégulières, mais vives dans les reins. Orifice du col encadré dans la vulve, limité par des lèvres d'un pouce d'épaisseur, œdématisées et livides. Col hypertrophié mesurant trois pouces de longueur, les deux orifices, béants et ramollis, laissant pénétrer le doigt, qui suit la tête au-dessus du détroit.

Les membranes ne bombent pas pendant les contractions. Repos, opium et purgatif. Rien jusqu'au 25 novembre; alors, le travail ne progressant pas, malgré les douleurs vives toute la nuit, et celles-ci ayant cessé en même temps qu'on constatait une extrême faiblesse, on conclut à la rupture de l'utérus.

On songe à faire l'opération de Porro modifiée par Tait; mais, le mari s'y étant refusé, la malade succombe quinze heures après la rupture.

A l'autopsie on trouve une rupture transversale au niveau du point de réflexion du péritoine, c'est-à-dire immédiatement au-dessus de l'orifice utérin. L'hémorragie avait été peu abondante et la mort devait résulter du shock.

Observation XXIII

(MIRASCHI)

De l'allongement aigu du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement

Tripaire, vingt-deux ans, bonne santé habituelle, grossesse actuelle fatigante, compliquée à plusieurs reprises de métrorrhagies; en travail, probablement à terme.

Les douleurs sont lentes et espacées. A l'examen, on constate que

le col pend en dehors de la vulve sous la forme d'une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde, humide, rouge foncé, presque violacé, complètement lisse, excepté au niveau de l'orifice externe où l'on constate plusieurs plis profonds, non ulcérés, lui donnant l'aspect étoilé.

Les culs-de-sacs sont abaissés, le col constitue un canal qui, mesuré en dedans, donne une longueur de 8 à 9 centimètres. Ce canal est dilatable, car, quelques heures plus tard, on a pu le distendre assez pour introduire les branches du forceps et extraire à travers lui un enfant vivant et bien constitué.

Suites de couches normales, malgré l'hémorragie survenue au moment de la délivrance.

RÉSUMÉ. — CONCLUSIONS

1° Dans notre première observation nous avons eu affaire à un cas d'arrêt de développement de l'utérus, à un utérus accolis. Les antécédents de la malade démontrent que la dystocie qui s'était présentée lors du premier accouchement n'était pas due à un processus pathologique.

2° De l'étude que nous avons faite des rigidités nous admettons la contracture spasmodique, la rigidité pathologique, et nous croyons pouvoir déduire la réalité clinique de la rigidité anatomique, telle que l'avaient comprise Baudelocque, Cazeaux et Tarnier.

Ce qui se passe dans l'avortement et l'accouchement prématuré semble indiquer que l'insuffisance ou une anomalie du ramollissement cervical constituent un des éléments pathogéniques principaux de la rigidité anatomique, ce qui expliquerait l'intégrité histologique du col dans ces cas.

3° Les lésions inflammatoires du col sont susceptibles d'entraîner des causes sérieuses de dystocie en provoquant des déformations, des atrésies plus ou moins complètes, et des modifications de structure de l'organe.

4° Toutes les causes qui gênent la circulation en retour dans le col peuvent entraîner une dystocie passagère par œdème du col.

BIBLIOGRAPHIE

- BAIN. — On a case of occlusion (*Lancet*, 1891, t. II, p. 1096).
- BATAILLARD. — Sur les présentations en occipito-postérieures (Thèse de Paris, 1888-89).
- BAYLIN. — De l'œdème de la lèvre antérieure du col dans les O. P. (Thèse de Paris, 1885-86).
- BLANC. — Rigidité syphilitique du col (*Archives de tocologie*, avril 1891).
- Du cloisonnement transversal incomplet du col (*Archives de tocologie*, mai 1889).
- BOYER (Antoine). — Contribution à l'étude de l'oblitération du col utérin chez la femme en couches (Thèse de Paris, 1889-1890).
- BUDIN. — Du cloisonnement transversal incomplet du col (*Progrès médical*, 2 et 16 avril 1887).
- BUCQUET. — Dystocie par cloisonnement transversal du col (*Société anatomique*, 7 avril 1882).
- CHARPENTIER. — Traité des accouchements.
- COEN (J.). — Dystocie par rigidité du col utérin (*Nouv. arch. d'obs. et de gyn.*, novembre 1892).
- COOPMANN. — De la Rigidité de l'orifice utérin comme obstacle à l'ac. (*Wiener klin. Woch.*, n° 14, 1890).
- DOLÉRIS. — Rigidité syphilitique du col (*Archives de tocologie*, 1885).
- Des fausses rigidités du col (*Nouv. arch. d'obs. et de gyn.*, 1887).
- DUHRSEN. — De la Valeur des incisions du col et du périnée (*Arch. f. Gyn.*, XXXVII, 1891).
- DUMOULY. — Atrésie du col d'origine chirurgicale (*Gaz. de gynécol.*, 1^{er} juin 1886).
- ENGELBACH. — Dystocie par rigidité du col utérin (*Nouv. arch. d'obs. et de gyn.*, février 1887).

- ÉTIENNE (G.). — Du gonflement de la lèvre antérieure du col utérin comme cause de ralentissement du travail (Archives de to-
cologie, mars 1892).
- FIGUEROA. — Des obstacles que le col utérin peut apporter à l'accou-
chement (Thèse de Paris, 1872).
- GRIFFITH. — Élongation hypertrophique du col comme cause de dys-
tocie (Brit. med. Journ., 6 mai 1893).
- GUÉNIOT. — De l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin
pendant la grossesse et l'accouchement (Archiv. génér. de
médecine, 1872).
- Séance du 12 juin 1890.
- HUGUIER. — Allongement hypertrophique du col (Mém., Paris, 1860).
- JACOBI. — Électricité faradique dans la rigidité du col (American J.
of obs., janvier 1886).
- JENTZER. — Dystocie par atrésie incomplète de l'orifice externe (Arch.
de tocologie, mai 1890).
- JONES. — Rigidité du col, cause de dystocie (American J. of obs.,
1887).
- LE CAMUS. — De la rigidité syphilitique du col comme cause de dysto-
cie. Sclérose syphilitique (Thèse de Paris, 1891-1892, xiv-26).
- LEFORT. — Des Vices de conformation de l'utérus et du vagin (Thèse
d'agrégation de Paris, 1863).
- MAYGRIER. — De la rigidité du col utérin pendant l'accouchement
(Semaine médicale, 1891, 421, 21 octobre).
- MESNARD (E.-M.). — De l'influence de quelques lésions syphilitiques
du col sur l'accouchement (Thèse de Paris, 1884-1885, 38).
- MIRASCHI. — De l'allongement aigu du col utérin pendant la gros-
sesse et l'accouchement (Arch. de tocologie, février 1889).
- MITCHELL. — Rigidité du col (Am. J. of obs., mars 1893).
- NÖGELE. — De l'agglutination de l'orifice externe du col comme
obst. l'ac. (Arch. génér. de méd., 1841).
- PORAK. — Répertoire universel, t. VI, 1891.
- PUECH (P.). — Nouveau Montpellier médical. — Compte rendu de la
clinique obstétricale de Montpellier, années 1891-1892 et
1892-1893).
- SCHRÖDER. — Sur l'agglutination.
- TISSERANT. — De la non-dilatabilité du col comme cause de dystocie
(Thèse de Nancy, 1882).

- TISSIER. — Quelques considérations sur la résistance du col de l'utérus à la dilatation pendant le travail de l'accouchement (Thèse de Paris, 1860).
- TOLEDO (J.). — Sur la rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement (Thèse de Paris, 1890-1891).
- TRACHET. — Cloisonnement transversal incomplet de l'utérus (Arch. de tocologie, décembre 1890).
- VELPONER. — Trois observations d'agglutination et de sténose cicatricielle.
- VENTUEJOL. — De quelques modifications du col de l'utérus qui rendent difficile le diagnostic du travail (Thèse de Paris, juillet 1893).
- WALLICH. — Société obstétricale de France.
- WAXHAM. — Occlusion du col (American J. of obs., 1886).
- YGONIN. — Des obstacles que le col utérin peut apporter à l'accouchement (Thèse de Paris, 1863).
-

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 juillet 1894.

Le Recteur,
J. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 juillet 1894.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
